

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 131

Le Syphilome broncho-pulmonaire de l'Adulte

(Etude clinique et radiologique)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 17 Décembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Suzanne BOURGEOIS

Ancienne Interne suppléante des Hôpitaux de Lyon

Née le 17 Juillet 1907, au PONTET (Savoie)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1932

**LE SYPHILOME BRONCHO-PULMONAIRE
DE L'ADULTE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 131

Le Syphilome broncho-pulmonaire de l'Adulte

(Etude clinique et radiologique)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 17 Décembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Suzanne BOURGEOIS

Ancienne Interne suppléante des Hôpitaux de Lyon

Née le 17 Juillet 1907, au PONTET (Savoie)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1932

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
	PAVIOT
Cliniques chirurgicales	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON
Clinique ophtalmologique	X. (BONNET, agrégé. chargé de cours
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUANT
Clinique des maladies des femmes	VILIARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COLLET
Clinique des maladies des voies urinaires	GAYET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERA...
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COURMONT
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MANCEAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie externe	LERICHE
Pathologie interne	FROMENT
Pathologie et Thérapeutique générales	CADE
Anatomie pathologique	FAVRE
Chirurgie opératoire	FATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	ROCHAIX
Thérapeutique	SAVY
Pharmacie et Pharmacologie	LEULIER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIC, président : ROUBIER, assesseur,
DUMAS et DEVIC

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

A MES FRÈRES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC
Professeur de Clinique médicale

Nous avons été son interne pendant quelques mois et nous le remercions vivement d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUBIER

Il a bien voulu nous confier la rédaction de ce travail ; nous lui en sommes infiniment reconnaissante. Nous gardons un excellent souvenir du semestre passé dans son service où nous avons pu apprécier la sûreté de son diagnostic, et bénéficier de toute la valeur de son enseignement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CORDIER

Nous avons été son externe et nous lui devons beaucoup dans notre formation médicale. Nous le remercions infiniment de nous avoir fait l'honneur d'être notre juge.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEVIC

Il nous a familiarisé avec la neurologie et nous avons gardé du semestre pendant lequel nous étions son externe un très agréable souvenir. Qu'il veuille bien croire à toute notre gratitude.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT.

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOVE-JOSSERAND.

MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEVIC.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUBIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CORDIER.

Internat

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLEMINET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC.

**Auxquels je tiens à exprimer
toute ma reconnaissance.**

LE SYPHILOME BRONCHO-PULMONAIRE DE L'ADULTE

INTRODUCTION

La syphilis pulmonaire a déjà suscité tant de travaux de la part de l'Ecole Lyonnaise qu'il peut paraître surprenant que nous ayons songé à lui consacrer notre thèse. Il n'est toutefois pas inopportun de revenir sur cette affection qui, lorsqu'elle est diagnostiquée à temps, donne au praticien des succès thérapeutiques remarquables.

Le point de départ de ce travail est une observation du Docteur Roubier, d'un malade, ancien syphilitique, chez lequel les troubles fonctionnels et généraux étaient ceux de la phtisie avancée et, chez qui, l'examen radioscopique montra, non pas des lésions diffuses, mais une lésion bien particulière et circonscrite à l'angle -inféro-interne de l'hémithorax droit. Le traitement spécifique amena une véritable résurrection. Nul doute qu'il se soit agi, comme nous le démontrerons plus loin, d'une néoplasie syphilitique pulmonaire ou broncho-pulmonaire, d'une gomme géante, d'un « syphilome ».

Le Docteur Roubier nous a conseillé de rechercher dans la littérature médicale les cas analogues de sy-

philis pulmonaire circonscrite avec examen radioscopique avant et après le traitement spécifique.

Nous essayerons de tirer de l'ensemble des observations publiées quelques déductions cliniques, radiologiques, thérapeutiques.

L'étude radiologique nous retiendra surtout, car la plupart des travaux lyonnais sur la syphilis pulmonaire ont été faits à une époque où la radioscopie n'était pas encore entrée dans la pratique courante.

CHAPITRE PREMIER

Rappel anatomo-clinique

Les lésions et les formes cliniques de la syphilis tertiaire du poumon chez l'adulte

Historique

Signalée par Paré, Astruc et Morgagni, la syphilis pulmonaire était au XVIII^e siècle considérée comme fréquente : tout phtisique qui avait eu autrefois la syphilis était considéré comme atteint de « phtisie vénérienne » et soumis au traitement.

Laennec en établissant l'unité anatomique de la tuberculose nie l'existence de la phtisie vénérienne. Vainement Lagneau, Ricord... essaient de lui donner une individualité. Ce n'est que vers le milieu du XIX^e siècle avec Virchow que commence véritablement l'histoire scientifique de la syphilis pulmonaire. Dès lors de nombreux travaux se succèdent. Retenons ceux de Fournier, de Dieulafoy, qui consacre dans ses cliniques un long chapitre aux formes cliniques de la syphilis pulmonaire. Mais surtout durant ces toutes der-

nières années l'Ecole Lyonnaise a contribué pour une large part à la mise au point et au développement de nos connaissances sur ce sujet, avec les publications de Tripier et Bériel, la thèse de Massia, les travaux de Favre et ses élèves, la thèse récente de R. Monnier, etc.

A. — *Les lésions de la syphilis pulmonaire*

Elles sont de trois sortes :

a) LES LÉSIONS PNEUMONIQUES

Fréquentes chez le nourrisson, elles se voient aussi chez l'adulte. La pneumonie lobaire est exceptionnelle ; la pneumonie interstitielle de type lobulaire est la lésion la plus caractéristique (pneumonie blanche ou induration grise). Ces foyers pneumoniques sont de consistance charnue, élastique, et ont un aspect parfois gélatiniforme ; microscopiquement, ils se caractérisent par une infiltration intense à petites cellules rondes du tissu interstitiel, et par la présence de cellules épithéliales cubiques dont quelques-unes s'ordonnent pour former des cavités.

b) LÉSIONS NÉCROTiques (GOMMES)

La gomme « est une formation nodulaire limitée par un anneau de tissu scléreux et dont la masse est en voie de nécrose ».

De siège et de grosseur variables, allant de la taille d'une granulation miliaire jusqu'à celle d'un gros œuf, elle est caractérisée microscopiquement par une partie centrale en voie de nécrose, par une zone périphérique faite d'un tissu fibreux dense autour duquel se disposent des cellules épithélioïdes. En réalité, l'aspect de la gomme varie avec son âge : la gomme récente a l'aspect d'un infarctus; la gomme d'âge moyen est celle que nous avons décrite; la gomme cicatrisée n'est plus qu'un nodule scléreux.

c) LÉSIONS SCLÉREUSES

Elles consistent en travées fibreuses denses ou en nodules indurés. Rien n'est à ce point de vue caractéristique de la syphilis si ce n'est la présence concomitante de gommages ou l'existence de néoformations alvéolaires à l'examen histologique.

L'association scléro-gommeuse est relativement fréquente.

D'autre part, l'Ecole Lyonnaise avec Tripier a insisté particulièrement sur la fréquence de la dilatation des bronches dans les lésions syphilitiques du poumon. Nous n'insisterons pas sur les caractères microscopiques et histologiques de ces bronchectasies syphilitiques actuellement bien connus.

Nous devons signaler en terminant que dans beaucoup de cas la tuberculose vient ajouter ses lésions à celles de la syphilis, soit qu'il s'agisse d'une greffe directe sur le sinus gommeux (Potain, Fournier), soit que les deux ordres de lésions restent indépendants,

conservant leur autonomie (observation classique de Gougenheim). En tout cas, pour Sergent, l'hybridité des lésions, tuberculeuse et syphilitique, serait fréquemment observée.

B. — *Les formes cliniques*

Il est impossible en matière de syphilis pulmonaire de superposer des formes anatomiques et des formes cliniques. Les classifications proposées sont nombreuses, basées le plus souvent sur l'évolution (Massia, Bériel).

1° LES FORMES AIGUES

D'observation assez rare, la principale est la syphilis pulmonaire à forme broncho-pneumonique qui ne diffère en rien par sa symptomatologie de la broncho-pneumonie tuberculeuse : Début assez brusque par de la toux fréquente, une douleur thoracique vive, localisée, une dyspnée souvent intense, parfois même une petite hémoptisie. L'examen clinique met en évidence des signes de condensation plus ou moins nets, localisés, auxquels peuvent faire suite des signes cavitaires.

L'expectoration devient purulente, la température est assez élevée et le malade se cachectise plus ou moins rapidement si un traitement spécifique ne vient pas interrompre le cours de l'affection. On conçoit toutes les difficultés du diagnostic basé sur la recher-

che des stigmates de syphilis et l'absence souvent constatée de bacilles de Koch.

2° LES FORMES CHRONIQUES

Ce sont de beaucoup les plus fréquentes. Parmi celles-ci, il faut décrire :

1° *La forme pneumonique chronique*

Elle paraît être assez rare, tout au moins dans sa forme lobaire; on a généralement affaire à des foyers plus petits. Les signes en sont le point de côté plus ou moins violent, la dyspnée, la fièvre irrégulière, l'expectoration muco-purulente plus ou moins abondante et la découverte à l'examen clinique de signes de condensation au niveau d'un poumon avec souffle intense, râles fins ou signes pseudo-cavitaires. Classiquement, le traitement a peu d'action et le malade meurt au bout d'un temps variable (quelques mois en général par cachexie pulmonaire progressive).

2° *Les formes bronchitiques chroniques* (Sclérose discrète de Favre)

Ces formes paraissent être assez fréquentes, surtout depuis que la pratique systématique de la radioscopie a permis de les dépister.

Les sujets se présentent avec le tableau banal de la bronchite chronique : rhumes fréquents l'hiver, expectoration parfois abondante. L'examen clinique ne révèle que des signes de bronchite et d'emphysème.

Cependant, l'examen complet du sujet permet de mettre en évidence des stigmates de syphilis et la radioscopie révèle des ombres hilaires très marquées ; l'arbre bronchique est bien visible notamment aux bases où on voit les arborisations des bronches venir s'épanouir sur le diaphragme.

L'exploration au lipiodol met souvent en évidence dans ces cas des bronchectasies muettes.

Les réactions sérologiques et la recherche du bacille de Koch dans l'expectoration seront les compléments indispensables de l'examen clinique.

3° Les formes bronchectasiques

Ce sont les mieux connues ; nous n'insisterons pas : La forme typique avec ses signes cavitaires de base, son expectoration matutinale, ne contenant pas de bacilles de Koch, la conservation de l'état général n'est peut-être pas la plus courante. Souvent, c'est la scène fonctionnelle seule, plus que les signes physiques qui attire l'attention.

Le diagnostic de cette forme est devenu facile depuis l'exploration au lipiodol.

4° Les formes latentes

Selon Bériel, elles correspondraient à des gommes à l'état cru qui ne sont découvertes qu'à l'autopsie sans s'être traduite cliniquement par des signes appréciables. A peine a-t-on pu constater une zone limitée de submatité avec obscurité respiratoire et quelques râles de fins calibres. Les signes fonction-

nefs sont très réduits et le malade vient en général consulter pour une autre lésion gommeuse (osseuse ou cutanée). C'est dans ses formes latentes que la radiologie peut être très utile pour permettre un diagnostic impossible à faire par l'examen clinique seul.

5° *Les formes compliquées*

a) *De gangrène pulmonaire* (gangrène syphilitique de Dieulafoy).

b) *De pyopneumothorax*, c'est une complication rare (Roubier, *Revue de Médecine*, 1912).

c) *D'une cyanose* intense et permanente (maladie bleue tardive d'origine syphilitique).

6° *Des formes associées*

a) A une autre localisation syphilitique telle que laryngite, pleurésie, etc.

b) A la tuberculose, l'hybridité des lésions étant fréquente selon Sergent.

En somme, la syphilis pulmonaire peut simuler la tuberculose dans toutes ses formes.

Elle peut même prendre le masque de la granulie comme l'a montré récemment Favre (thèse de R. Monnier).

On conçoit les difficultés du diagnostic, d'autant plus que les lésions syphilitiques et tuberculeuses peuvent être associées.

Mais, en général, la syphilis est bien plus broncho-pulmonaire que pulmonaire. La bronchectasie est fréquente (et pour Tripier et Bériel, les signes cavi-

taires dans la syphilis pulmonaire seraient dus, non à des gommes ouvertes dans les bronches, mais à des dilatations bronchiques).

En dehors des formes scléreuses avec bronchectasie, on peut dire que la syphilis pulmonaire est d'observation assez rare.

CHAPITRE II

La syphilis pulmonaire et la radiologie

A l'époque où les travaux cliniques et anatomiques se poursuivaient sur les pneumopathies syphilitiques, l'examen radiologique n'était pas encore pratiqué. Il n'en est plus de même aujourd'hui où il est permis de se poser la question suivante : la syphilis pulmonaire qui simule la tuberculose dans ses différentes déterminations cliniques, la simule-t-elle aussi dans son expression radiologique ?

Les aspects radiologiques dans les formes aiguës et chroniques (phtisie syphilitique de Dieulafoy) sont-ils les mêmes que dans la tuberculose ou y a-t-il des images propres à la syphilis tertiaire du poumon ?

Dans quelques cas et particulièrement dans les formes bronchitiques chroniques, il s'agit d'images radiologiques banales de sclérose pulmonaire diffuse avec exagération des hiles.

Dans les formes bronchectasiques, on a souvent les mêmes images que dans les formes bronchitiques chroniques ; pour diagnostiquer les dilatations bronchiques il faut avoir recours au lipiodol (nous n'insisterons pas sur ce point).

Mais dans d'autres cas, l'examen radioscopique montrera une zone opaque, bien circonscrite, avec des caractères particuliers de siège, de contours, d'opacité et présentant souvent une évolution régressive spéciale, une semblable image pourra être rapportée à une gomme géante ou peut-être avec plus d'exactitude, à une néoplasie syphilitique, à un syphilôme pulmonaire ou broncho-pulmonaire; ce terme est préférable à celui de gomme parce que, en l'absence de constatations anatomo-pathologiques, il a l'avantage de ne pas préjuger de la nature exacte des lésions qui peuvent être autant pneumoniques que véritablement nécrotiques.

Avant d'insister plus longuement sur ces données radiologiques, nous rapporterons tout d'abord notre observation personnelle et les observations analogues que nous avons pu recueillir dans la littérature.

CHAPITRE III

Observations

OBSERVATION I

(Service du Docteur ROUBIER)

Publiée dans le *Journal de Médecine de Lyon*,
20 octobre 1931

Il s'agit d'un homme de 48 ans, employé de banque, qui entre dans notre service le 9 août 1930 pour affection pulmonaire.

Ses antécédents héréditaires et collatéraux sont sans intérêt.

Pendant son service militaire, à l'âge de 22 ans, il contracte la syphilis. Il se fait régulièrement traiter par des injections mercurielles jusqu'à l'année 1922; depuis cette date il n'a pas eu de nouveau traitement; d'autre part, depuis le chancre, il n'a jamais présenté d'accidents syphilitiques.

A 27 ans, il se marie; sa femme est bien portante et n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches.

Il a été mobilisé pendant toute la guerre sans être jamais évacué.

En 1922, il présente des troubles digestifs, puis brusquement une crise douloureuse hépatique. Sous l'influence d'un régime sévère, tout rentre dans l'ordre.

Il y a un an, vers le milieu de 1929, il se met à tousser et se plaint d'un point de côté à droite. L'examen thoracique montre alors des signes de bronchite et, à la radioscopie, une masse sombre dans la région hilare droite ; un examen bactériologique des crachats reste négatif. Le malade se repose et se soigne, et, cinq mois plus tard, un nouvel examen radioscopique montre une diminution de la masse sombre de la région hilare droite.

Il y a deux mois, le malade se remet à tousser, maigrit, présente de la fièvre.

A l'entrée dans le service (9 août 1930), il s'agit d'un malade très amaigri (poids : 55 kgs), au facies ridé, d'aspect cachectique, qui tousse et crache beaucoup (expectoration muco-purulente banale) ; il dit avoir perdu 7 kgs depuis deux mois. Il ne souffre pas de point de côté, mais se plaint de maux de tête localisés à la région frontale. La courbe thermique se maintient aux environs de 38, et ne dépasse guère 38°2.

A l'examen pulmonaire, sonorité normale, respiration emphysémateuse avec quelques sibilances, pas de râles fins nulle part.

Au cœur, rythme normal, pas de souffle. Tension artérielle : 13/8.

L'abdomen est un peu ballonné ; le foie est un peu gros et douloureux à la palpation ; pas de grosse rate.

Réflexes rotuliens et achilléens faibles, mais non abolis ; pupilles normales.

Pas d'albumine.

A l'examen radioscopique du thorax, on découvre une lésion extrêmement importante occupant toute la région juxta-hilaire inférieure droite : c'est une zone opaque, vaguement arrondie, mais à contours assez irréguliers, n'atteignant pas la ligne axillaire ni non plus la coupole diaphragmatique dont la sépare une mince zone claire. Son opacité n'est pas homogène, et on y voit, notamment à la périphérie, quelques parties plus opaques.

L'auscultation pulmonaire attentive ne montre rien d'anormal à la base droite, sauf peut-être une légère diminution du murmure, mais pas de râles même après la toux.

L'examen des crachats (13 août) ne révèle pas de bacilles de Koch après homogénéisation. Une inoculation au cobaye est pratiquée (résultat reçu le 10 octobre : inoculation négative).

Le réaction de Wassermann est très positive.

On commence le traitement spécifique (une injection de novarsénobenzol à doses croissantes et deux injections de cyanure de mercure par semaine).

Le 9 septembre 1930, le malade a déjà reçu 3 injections de novarséno-benzol et 7 de cyanure. L'état général s'est considérablement amélioré : reprise de poids de 5 kgs (60 au lieu de 55) ; reprise de l'appétit, diminution de la toux et de l'expectoration. La courbe thermique, qui auparavant était subfébrile, se maintient au-dessous de 37°.

A l'auscultation pulmonaire, on note seulement une diminution du murmure à la base droite et quelques sibilances.

Le 10 septembre 1930. — Un nouvel examen de crachats ne montre pas de bacilles de Koch.

Le 23 septembre 1930. — On pratique l'épreuve du lipiodol. Bien qu'au moment de l'injection intra-trachéale, le malade ait été fortement penché sur le côté droit, on constate que la masse sombre juxta-hilaire droite n'a pas été injectée ; presque tout le lipiodol a pénétré dans l'appareil bronchique gauche. Cette constatation semble indiquer que les bronches du côté droit sont peu perméables.

4 octobre 1930. — Le malade, qui a reçu 6 injections de novarsénobenzol (0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 75, 0 gr. 90) et 15 de cyanure, quitte le service, tout à fait transformé ; il présente un aspect floride, a pris plus de 10 kgs (poids 67 kgs), ne tousse et ne crache

absolument pas. L'auscultation pulmonaire est négative. Quant à l'image radioscopique de la région hilare droite, elle persiste sans modifications importantes.

24 janvier 1931. — On revoit le malade qui a été soumis pendant quelque temps à la médication iodurée (1 gr. d'iodure de potassium par jour) ; cette médication a été mal tolérée et on dut l'interrompre.

Poids : 72 kgs 500. Tension artérielle : 16/9. Aucun trouble fonctionnel.

A l'auscultation pulmonaire, quelques sibilances. A la radioscopie, l'image opaque de la base droite a diminué d'intensité et paraît moins étendue que précédemment.

23 avril 1931. — Le malade a reçu une deuxième série d'injections arsénicales et mercurielles à peu près semblables à la première.

Poids : 75 kgs (depuis le début du traitement le malade a engraisé de 20 kgs).

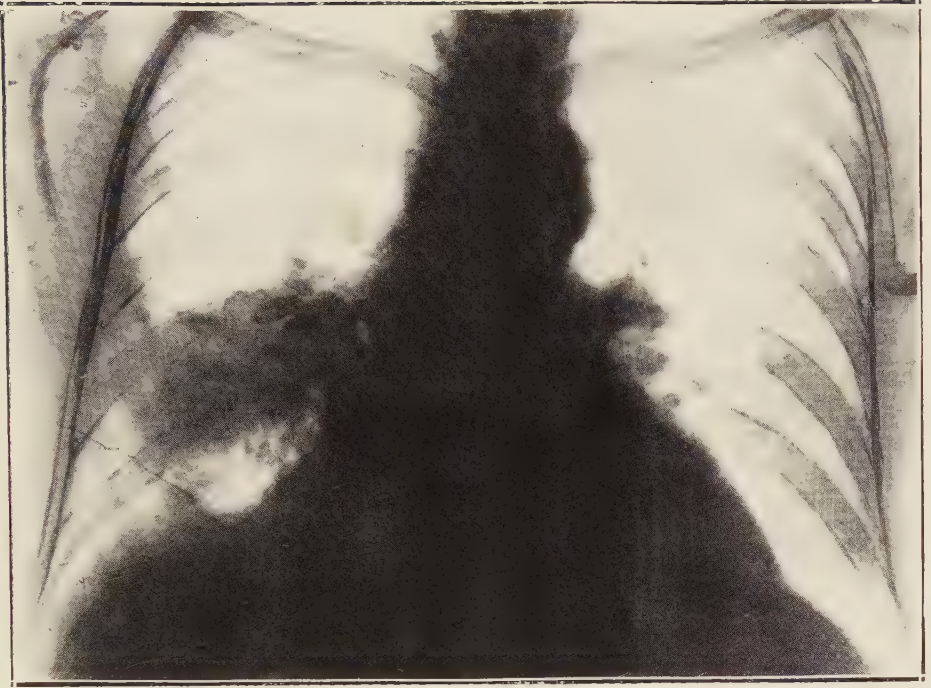
A la radioscopie on voit, dans l'angle inféro-interne du champ pulmonaire droit, une zone floue, voilée, à contours indécis, dont l'opacité est bien moins prononcée qu'aux premiers examens.

Le 14 novembre 1931, on revoit le malade qui a subi en juin-juillet un nouveau traitement spécifique (4 injections de novarsénobenzol : 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, et 6 injections de cyanure).

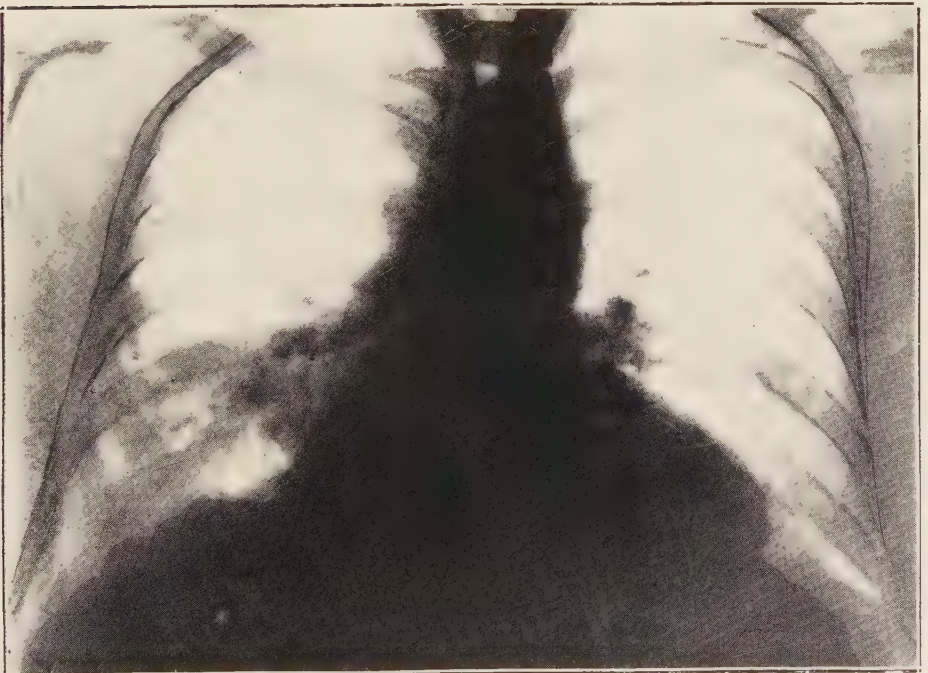
Etat général florissant ; poids : 80 kgs. Toux et expectoration minimales, dyspnée d'effort. A l'auscultation, quelques sibilances.

A la radioscopie, la zone opaque de la base droite persiste atténuée, ses contours sont peu nets ; à signaler une légère attraction du médiastin vers la droite.

Le 20 octobre 1932. — Le malade a subi au cours de l'été une nouvelle série d'injections arsénicales et mercurielles semblable aux précédentes. Son état général est toujours très bon ; il se plaint de dyspnée d'effort ; ne tousse pas ; poids : 80 kgs.



OBS. I. — 12 Septembre 1930.



OBS. I. — 25 Octobre 1932.

Radiographie 25 octobre 1932 : Sur le film dans l'angle inféro-interne de l'hémithorax droit, à l'endroit où on notait sur la première radiographie une ombre opaque volumineuse et vaguement arrondie, on ne voit qu'une zone d'opacité moins dense, de forme triangulaire, à base médiastinale et à pointe dirigée vers l'aisselle. Cette ombre est traversée en son milieu par une travée bronchique ou broncho-vasculaire assez épaisse qui part du hile et aboutit par une ramification en éventail à la partie moyenne de la coupole diaphragmatique.

Les petites taches très opaques, qui sur le premier film avoisinaient la masse principale, ne sont plus visibles sur le deuxième.

A noter en outre une légère attraction vers la droite de l'ombre médiastinale.

Notre malade est un ancien syphilitique dont le chancre remonte à vingt-cinq ans environ, et qui depuis une dizaine d'années a négligé son traitement.

Au moment de notre premier examen, il avait toutes les apparences d'un tuberculeux avancé, en raison de l'amaigrissement énorme, de la toux, de la fièvre et de l'aspect cachectique qu'il présentait.

A l'auscultation, au lieu des signes cavitaires que l'on s'attendait à découvrir, on ne constatait qu'un peu d'emphysème et de bronchite, avec diminution du murmure à la base droite.

La lésion pulmonaire fut une découverte de la radioscopie.

A l'écran on constatait, dans le champ pulmonaire droit, à sa partie inféro-interne, une zone opaque vaguement arrondie ou ovalaire, à contours irréguliers.

indécis, de teinte non homogène avec quelques parties plus foncées ; cette ombre prenant insertion à la partie inférieure du hile droit, n'atteignait pas en dehors la ligne axillaire, et restait séparée en bas de la coupole diaphragmatique par une mince zone claire.

Nous sommes arrivés à conclure, chez notre malade, au diagnostic de syphilome pulmonaire probable après avoir éliminé deux affections bien plus fréquentes, la tuberculose et le néoplasme.

De toutes les viscéropathies syphilitiques, la syphilis pulmonaire est celle dont le diagnostic offre le plus de difficultés et, en l'absence de constatations anatomo-pathologiques, les données de la clinique et du laboratoire ne permettent souvent qu'un diagnostic de probabilité.

On sait d'ailleurs que la syphilis et la tuberculose sont souvent associées, que l'hybridité des deux lésions s'observe assez fréquemment, et on comprend qu'il soit difficile d'éliminer cliniquement la tuberculose avec une rigueur absolue dans tout processus chronique de l'appareil respiratoire.

Chez notre malade, plusieurs examens bactériologiques des crachats furent négatifs, et leur inoculation, qu'il est toujours nécessaire de pratiquer en pareil cas pour éliminer de façon plus certaine la tuberculose, fut également négative.

Autrefois, on aurait tiré, de la localisation de la lésion vers la base, un argument contre l'hypothèse de tuberculose ; cet argument n'a plus de valeur aujourd'hui, puisqu'on connaît bien la fréquence du dé-

but hilaire ou même basal des lésions tuberculeuses.

D'autre part, l'image radioscopique observée chez notre malade, image opaque à contours vaguement arrondis, n'est pas d'observation bien courante dans la bacillose ; elle évoquait plutôt l'idée d'un néoplasme pulmonaire, dont la particularité est de s'étendre progressivement. On sait que le cancer du poumon débute en général par le hile pour rayonner ensuite dans le poumon en suivant le trajet des grosses bronches.

Le malade affirmait toutefois que cette image opaque avait été déjà découverte chez lui un an auparavant, puis qu'elle avait diminué quelques mois plus tard. Si ces données étaient exactes, elles constituaient évidemment un argument contre l'hypothèse de néoplasme.

Malgré tout le diagnostic de cancer du hile du poumon venait tout naturellement à l'esprit en présence d'une semblable image. Mais la suite de l'observation prouva bien qu'il devait être écarté.

Etant donné la syphilis avouée par le malade, l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, la réaction de Wassermann positive, on décide d'instituer un traitement spécifique ; celui-ci fut mixte, mercuriel et arsénical et intensif.

Il amena une véritable résurrection.

Déjà, au bout de quelques injections un changement manifeste se produisait dans l'état de notre malade : chute de la fièvre, disparition de la toux et de l'expectoration, reprise progressive du poids. En octobre 1930, après 6 injections de novarsénobenzol et

15 de cyanure, ce sujet était absolument méconnaissable pour qui l'avait vu auparavant, et l'amélioration se poursuivit par la suite.

Le traitement a ainsi transformé un sujet très amaigri, au facies ridé, cachectique, incapable de tout travail, en un individu d'aspect floride, d'un bel embonpoint, pouvant reprendre sans peine son activité et ses occupations.

On ne saurait imaginer une disparition aussi complète des symptômes fonctionnels et généraux sous l'influence du traitement spécifique et notre observation rappelle tout à fait les anciens cas de phtisie vénérienne guéris par le traitement : telle la célèbre observation de Brambillo citée partout où l'erreur de l'apothicaire fit attribuer au phtisique présumé une friction destinée à un vénérien, ce qui amena chez ce premier une guérison presque miraculeuse ; telle encore l'observation citée par Swediaur ; celle du Professeur Franck, qui « avait guéri radicalement par un traitement mercuriel une phtisie accompagnée d'un crachement de sang, d'une expectoration purulente et de l'émaciation la plus complète ». Il nous semble utile d'insister dès à présent sur ce tableau clinique de la « phtisie vénérienne ». Nous le retrouvons dans la plupart des observations : les auteurs insistent particulièrement sur l'état cachectique de leurs malades, sur l'amaigrissement très important, sur le teint terreux, sur les sueurs nocturnes semblables en tous points à celle de la bacillose ; et nous voyons ensuite, sous l'influence du traitement, s'accomplir une véritable résurrection chez ces sujets.

Toutefois quand les anciens auteurs « parlaient de guérison radicale » de la phtisie syphilitique par le traitement mercuriel, ils entendaient simplement par là la disparition des signes fonctionnels et généraux de la maladie.

A ce point de vue, le cas de notre malade est absolument remarquable.

Et cependant on ne saurait parler chez lui de guérison complète, anatomique.

En effet, après la première série d'injections mercurio-arsénicales, en octobre 1930, alors que l'amélioration était si prononcée, que tous les troubles fonctionnels avaient absolument disparu et que la reprise de poids dépassait 10 kilogrammes, l'image radioscopique n'avait pas subi de modifications bien appréciables, elle était la même qu'au début.

Ce n'est que six mois plus tard, après un deuxième traitement semblable au précédent, que l'on put constater une diminution d'intensité et une réduction assez nettes de cette image. La disparition des troubles fonctionnels et généraux a donc précédé de quelques mois les modifications des signes radiologiques, et encore s'est-il agi d'un éclaircissement et d'une réduction de la zone opaque, non d'une disparition complète.

Celle-ci, sur le deuxième film, a un aspect triangulaire à base hilaire et son opacité n'est pas très dense.

Serait-ce là un argument contre le diagnostic de syphilis pulmonaire ? Nous ne le pensons pas. Sans doute la disparition totale de l'image opaque, à la suite du traitement, serait absolument démonstrative, mais elle doit s'observer assez rarement.

Chez notre malade, au début du traitement, la lésion était déjà quelque peu ancienne, puisqu'elle avait été constatée à l'écran un an auparavant. Or le traitement spécifique ne peut agir que sur des lésions relativement récentes, et on ne saurait admettre la transformation miraculeuse, sous son influence, d'un poumon déjà induré et bronchectasique en un poumon normal. S'il s'agit dans notre cas, comme on peut le supposer, d'une lésion scléro-gommeuse, il est certain que le traitement a pu exercer son action sur les gomme, mais non sur les lésions scléreuses déjà anciennes.

OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LA LITTÉRATURE MEDICALE

Nous avons pu trouver dans la littérature médicale des observations analogues à la précédente, avec examen radioscopique à l'appui.

Quelques-unes ont été publiées à l'étranger ; nous avons pu traduire intégralement certaines d'entre elles ; pour d'autres, nous n'avons pu trouver qu'un court résumé.

Nous rapportons ainsi 18 observations, mais qui sont loin d'être toutes également probantes ; dans la plupart d'entre elles l'inoculation de crachats n'a pas été pratiquée.

Nous avons essayé de classer ces observations, en rapprochant celles qui ont quelques points communs, cliniques ou radiologiques.

OBSERVATION II

(LECAPLAIN)

Syphilome scléro-gommeux avec adénopathie médiastinale et aortite. (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, juin 1922, page 930).

Le malade B..., âgé de 51 ans, menuisier, entre dans le service de la clinique de l'Hôtel-Dieu de Rouen, le 24 octobre 1921, se plaignant de toux et d'oppression. Les phénomènes morbides ont débuté d'une manière insidieuse, ce n'est que depuis une quinzaine de jours que la dyspnée ayant augmenté, il s'est vu dans l'obligation d'abandonner son travail.

Aucun antécédent morbide, sauf une congestion pulmonaire en 1913 et une grippe avec bronchite en 1918. C'est depuis cette époque qu'il tousse. Son père est décédé de cancer de l'estomac à 50 ans. Mère âgée de 78 ans vivante. Femme décédée de la grippe en 1918 ; un enfant mort-né ; pas de fausses couches.

Lorsque le malade entre à l'hôpital, on constate une voix voilée, un peu rauque, et une dyspnée de 30 respirations à la minute ; la dyspnée est continue et présente des accès paroxystiques nocturnes. Le malade se plaint, en outre, d'une douleur modérée, assez diffuse, au niveau de la base droite.

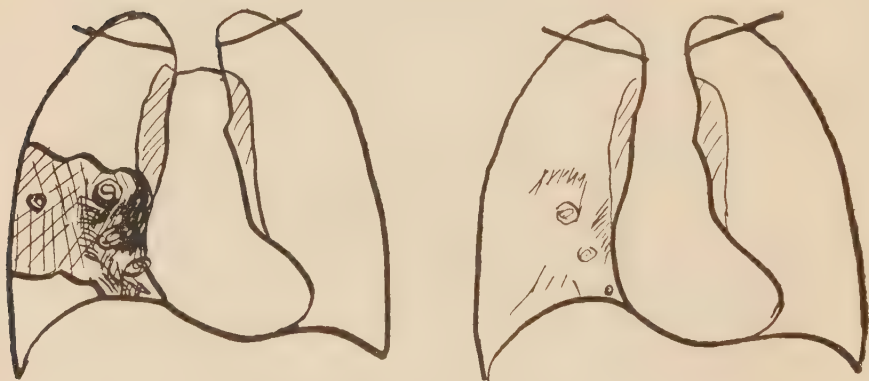
A l'examen, on note : à droite et en avant, au niveau du tiers supérieur du poumon, submatité, légère augmentation des vibrations, respiration bronchique. Exactement au niveau du mamelon, souffle presque tubaire, localisé sur une étendue d'une petite paume de main ; légère bronchophonie et pectoriloquie aphone dans la même région ; gargouillement après la toux.

A droite, en arrière, matité avec râles sous-crépita

fins à la base ; vers la pointe de l'omoplate, foyer de râles sous-crépitaux moyens.

A gauche, respiration légèrement rude en avant et quelques râles sous-crépitaux fins à la base. L'expectoration est muco-purulente, abondante, remplissant un demi-crachoir, avec quelques taches rouillées. La toux est quinteuse avec accès paroxystiques ; le malade tousse davantage lorsqu'il est couché sur le côté droit.

Appareil circulatoire : Bruits du cœur très assourdis ; au niveau du foyer aortique premier bruit très prolongé et rauque ; second bruit clangoreux ; au niveau du foyer pulmonaire, second bruit claqué. Artères radiales très athéromateuses. Léger soulèvement des sous-clavières ; on sent les battements de l'aorte dans le creux sus-sternal.



T. A. à droite, T. D : 15; T. S.: 21; à gauche, T. D.: 12,5; T. S.: 20.

Pas de signes marqués de compression médiastinale en dehors de la raucité de la voix, de la dyspnée et d'un léger lacis veineux préthoracique.

Appareil digestif : Légère leucoplasie buccale; digestions lentes, avec légères douleurs à la pression au niveau du point pylorique; selles normales; foie débordant, rate perceptible.

Système nerveux : Réflexes achilléens et rotuliens normaux. Légère inégalité papillaire; pas de signe d'Argyll-Robertson.

Squelette : Léger rachitisme thoracique.

Au niveau du tiers inférieur de la jambe droite, large cicatrice cuivrée avec une petite croûte brunâtre. Petite cicatrice cuivrée à la jambe gauche.

Etat général, assez bon; bonne musculature. Poids: 62 kgs à l'entrée, 67 kgs à la sortie. Pouls: 70. Température: 37°-37°6 les premiers jours.

Urines : Volume: 2 litres; D.: 1013; R.: acide; alb.: 0; urée: 8 gr. 33 par litre; chlorure: 9 gr. 196; pas de sang.

Examen de laboratoire : B. K. : 0 (six examens, épreuve de l'iodure); Bordet-Wassermann: positif avant le traitement; négatif après le traitement (14 décembre)

Traitement : Novarsénobensol, six injections de respectivement : 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75, 0,75; cyanure de mercure : vingt-huit injections intraveineuses, l'iodure donné à la fin détermine une poussée bronchitique assez accentuée mais ne provoque pas d'élimination du B. K.

Examen radioscopique (28 octobre 1921) :

Apex droit grisé s'éclairant médiocrement à la toux. Au-dessous de la clavicule, aspect grisé avec marbrures. Vers la partie moyenne, large bande sombre s'étendant horizontalement du cœur à la paroi thoracique sur une hauteur de quatre travers de doigt, assez nettement limitée en haut et en bas, plus sombre à sa partie interne où elle présente 3 nodules plus sombres. A sa partie externe l'ombre va en décroissant d'intensité. Diaphragme

droit, peu mobile, angulaire, sinus costo-diaphragmatique effacé.

A gauche, sommet clair; grosses masses ganglionnaires polycycliques. Plage claire, avec ramifications bronchiques nombreuses et accentuées. Diaphragme: mobilité un peu diminuée; sinus costo-diaphragmatique normal. Médiastin, en position directe, très élargi, ganglions hilaires très volumineux, formant de grosses masses polycycliques d'opacité assez homogène des deux côtés. En oblique: médiastin très sombre dans sa partie moyenne, surtout au niveau de l'origine des gros vaisseaux, grisé en haut et en bas. Aorte notablement débordante. Cœur légèrement augmenté de volume, avec adhérence phrénopéricardique à la pointe.

Examen radioscopique (4 novembre):

Sommet droit grisé, s'éclairant faiblement à la toux. Vers la partie moyenne et, s'étendant à deux travers de doigt au-dessus et au-dessous du mamelon on voit une bande transversale, assez nettement limitée en haut et en bas, non homogène et présentant 3 nodules plus opaques vers la partie interne, à peu de distance du bord droit du cœur. Diaphragme droit peu mobile, festonné angulaire; S. C. D. effacé. Médiastin très élargi transversalement à contours polycycliques. Aorte assez débordante, un peu large. Cœur légèrement augmenté de volume avec adhérence phrénopéricardique à la pointe. En oblique, médiastin complètement obscur dans toute sa partie moyenne, de l'origine des gros vaisseaux à la base de l'oreillette, et très grisé à la partie inférieure.

Examen radioscopique (10 novembre):

Sommet droit légèrement grisé, s'éclairant faiblement à la toux. Au-dessous de la clavicule, plage légèrement grisée, un peu tachetée. Dans la région moyenne on constate encore la zone sombre signalée précédemment; cependant cette zone a diminué d'opacité.

Examen radioscopique (2 décembre) :

Apex droit légèrement grisé, mais semble s'éclairer mieux à la toux. Zone sous-claviculaire légèrement grisée s'éclairant bien à la toux. Dans la zone moyenne, la bande transversale sombre persiste, avec un aspect légèrement pommelé à sa partie interne. Mais sa partie externe s'est éclaircie. Médiastin complètement obscur dans sa partie moyenne.

Examen radioscopique (9 décembre) :

Disparition presque complète de la bande sombre qui n'est plus que grisée ; il subsiste encore une petite zone sombre polycyclique, où l'on voit encore deux nodules plus foncés vers le bord droit du cœur, un peu en dehors de l'oreillette.

Examen radioscopique (16 décembre) :

La zone sombre a disparu à peu près complètement, on ne voit plus que deux nodules assez foncés, en dehors de l'oreillette droite, avec quelques petits tractus mobiles lors des efforts de toux. En position directe, le médiastin reste toujours élargi ; en oblique, il est sombre dans sa partie moyenne.

Résumé

Homme de 51 ans, venant consulter pour de la dyspnée et une douleur modérée de la base droite, dont l'examen révéla des signes de condensation du poumon droit avec râles de tous calibres, et dont l'examen radiologique montra à la partie moyenne de ce poumon une bande transversale, non homogène, présentant 3 nodules plus opaques à sa partie interne, assez limitée en haut et en bas.

Le traitement eut pour effet de faire disparaître à peu près complètement la bande sombre. Il ne per-

sista que deux nodules assez foncés en dehors de l'oreillette droite et quelques tractus fibreux.

Pas de bacille de Koch dans l'expectoration. — Bordet-Wassermann positif.

OBSERVATION III

(LECAPLAIN)

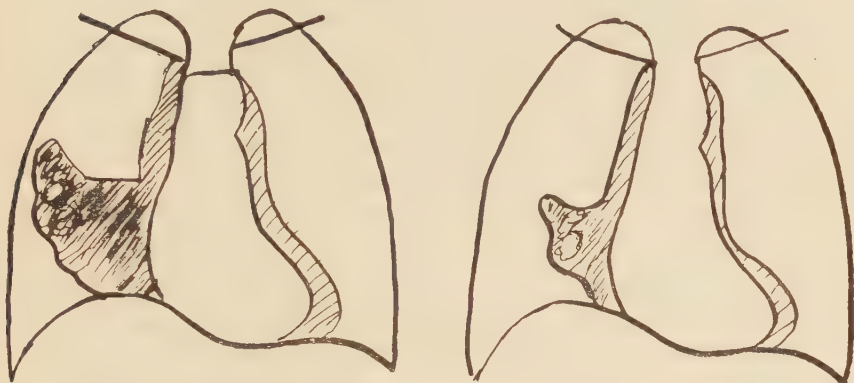
(*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 16 juin 1922, p. 930 ; *Normandie Médicale*, 1^{er} janvier 1923, p. 1).

Mme F..., 57 ans, tisseuse, entre en France en février 1921, dans le service de l'Hôtel-Dieu de Rouen pour point de côté droit, toux et oppression.

Le début de la maladie remonte à novembre 1918, époque à laquelle la malade commence à ressentir une douleur au-dessous du sein droit, douleur d'abord sourde, mais qui alla progressivement en augmentant d'acuité. Cette douleur était accompagnée d'une oppression légère, d'une toux assez fréquente et d'une expectoration modérée, sans caractère spécial. Ces phénomènes suivirent une marche assez irrégulière. Pendant l'année 1920, en effet, il y eut une notable rémission des symptômes, ce qui fit que la malade ne se soigna pas et continua à se livrer à son travail habituel. Mais en janvier 1921, le point de côté reparut plus violent, les symptômes généraux s'aggravèrent, ce qui obligea la malade à se faire hospitaliser.

A l'entrée, on constate une dyspnée presque continue et qui augmente avec les efforts, une toux fréquente, quinteuse, surtout nocturne et parfois émétisante. Les crachats sont peu abondants, muqueux, avec quelques flots purulents, et quelquefois hémoptoïque. L'amaigrissement est notable (de 47 à 42 kilogrammes); l'état gé-

néral est médiocre ; il existe des sueurs nocturnes. La malade se plaint d'une douleur sourde, exagérée par la toux et l'inspiration profonde siégeant au niveau de la région du sein droit, et sous le rebord des fausses côtes.



A l'examen, on note : en avant, à droite, une cicatrice résultant d'une ostéite ancienne de la clavicule ; au-dessous de la clavicule, un certain degré d'atrophie musculaire, une augmentation légère des vibrations, une respiration fortement bronchique et saccadée, une expiration prolongée et soufflante, avec des râles sous-crépitaux et des frottements assez nombreux ; pas de bronchophonie ni de pectoriloquie aphone dans cette région. Au niveau du quatrième espace intercostal on trouve une petite zone très limitée, de la dimension d'une pièce de cinq francs, d'inspiration soufflante avec expiration prolongée. En arrière, du même côté, augmentation assez notable des vibrations dans les deux tiers inférieurs, avec submatité à la base, et diminution légère de la respiration. Petit foyer de râles sous-crépitaux, sans souffle, au niveau de la pointe de l'omoplate. Pas de modifications de la voix ni de la toux.

A gauche, rien à signaler.

Le cœur est normal. T. S.: 17, D.: 10 au Pachon ; teint pâle, légèrement subictérique; foie débordant; rate normale.

On note en outre une légère inégalité papillaire sans signe d'Argyll-Robertson et deux cicatrices d'ulcère un peu cuivré, à la face interne de la jambe droite. Les réflexes sont normaux. Pouls : 70 à 80. Température : 37°5-38°. Urines: trace d'albumine. Pigments biliaires: 0. Trace d'urobiline. Bacille de Koch: 0, à 6 examens. B. W.: deux fois positif sur trois examens.

Pas de signes de compression médiastinale.

Comme antécédents héréditaires et collatéraux, rien de particulier à signaler; père mort de congestion, à 62 ans; mère décédée accidentellement à 52 ans; un frère et une sœur bien portants. Quant à la malade, elle a été atteinte de rougeole et de croup dans l'enfance ; elle a eu deux enfants bien portants et trois qui sont morts, l'un à 20 jours de diarrhée infantile, un à 16 mois de méningite, le troisième à 3 ans de broncho-pneumonie. Pas de fausses couches. Le mari aurait eu des crises convulsives.

Dans ce cas, les phénomènes stéthacoustiques, fonctionnels et généraux, à un examen superficiel peuvent en imposer pour une bacillose du poumon droit. L'inégalité pupillaire, l'ulcère cicatrisé de la jambe droite, le Bordet-Wassermann faisaient bien penser à une syphilis ancienne, mais étaient encore insuffisants pour affirmer le diagnostic de pneumopathie syphilitique. L'examen radiologique devait nous permettre de nous prononcer définitivement.

Examen radioscopique (8 mars 1921) :

A droite, sommet gris, ne s'éclairant pas à la toux. A la partie inférieure et interne de la plage droite, on voit une volumineuse masse sombre, opaque, assez homogène, polycyclique, s'étendant du cœur presque jusqu'à la paroi, sans arriver cependant immédiatement à son con-

tact. Au-dessous, à la partie tout à fait inférieure et externe, on constate un petit triangle clair. Le diaphragme est presque immobile. Sinus costo-diaphragmatique gris, et presque complètement effacé.

A gauche, sommet légèrement grisé; diaphragme normal; le sinus costo-diaphragmatique se déplisse incomplètement.

Examen radioscopique (10 avril 1921) :

L'ombre polycyclique constatée précédemment est un peu moins opaque et a légèrement diminué de volume, tout en conservant sa forme; on voit un espace clair entre elle et la paroi thoracique.

Examen radioscopique (10 mai 1921) :

La masse sombre a très notablement diminué d'étendue et d'opacité; la bande claire située entre elle et la paroi est plus large. La zone périphérique est moins grisée, et les contours sont plus nets.

Examen radioscopique (30 juin 1921) :

La masse a considérablement diminué de volume et d'opacité; l'espace clair est beaucoup plus étendu; il ne reste plus qu'une sorte de moignon irrégulier, faisant suite au bord droit de l'oreillette et empiétant un peu sur la plage. Le sommet droit reste toujours grisé, mais s'éclaire mieux à la toux.

Le traitement institué avec prudence, car la malade présentait de l'albuminurie, et une mauvaise dentition, consista en deux séries de cyanure de mercure de 11 et 13 piqûres (total 24), puis d'une cure au sirop de Gibert de trois semaines.

Bien qu'un peu insuffisant (le B.-W. ne vira pas), il eut cependant des résultats remarquables : fonte progressive de la masse gommeuse, disparition presque totale des signes locaux, disparition de l'état fébrile et de l'albuminurie, augmentation du poids qui passa de 42 kgs à 48 kgs au moment de la sortie.

A cette époque (9 juillet), la malade ne présentait plus

que des signes très atténués; au-dessous de la clavicule droite, submatité, respiration très rude, expiration prolongée; dans le quatrième espace, à deux travers de doigt en dehors du sternum et un peu au-dessus du mamelon droit, diminution légère de la sonorité; au même niveau petite zone d'inspiration soufflante et d'expiration prolongée. En arrière pas de matité mais submatité de la partie moyenne et de la base, avec légère résistance au doigt, sans souffle ni modification de la voix. Il existe encore à ce niveau, une légère augmentation des vibrations vocales et des frottements assez abondants, avec respiration un peu obscure.

Résumé

Femme de 57 ans, dont les antécédents ne révèlent rien de spécial, qui fut prise en 1918 d'une douleur thoracique avec oppression, toux et expectoration modérées; ces signes subirent une notable rémission en 1920, mais en janvier 1921 ils réapparurent avec plus d'intensité, s'accompagnant d'une altération marquée de l'état général. L'examen clinique mit en évidence des stigmates spécifiques nets.

Le Bordet-Wassermann est positif dans le sang à deux reprises; l'auscultation révèle du côté droit l'existence d'un foyer soufflant avec râles et frottement à la partie moyenne.

Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

L'examen radiologique permet de constater à la partie inférieure du champ pulmonaire droit une masse sombre, assez homogène, à contours polycycliques, s'étendant du cœur presque jusqu'à la paroi

axillaire. Le traitement spécifique (injections de cyanure et sirop de Gibert) eut pour effet d'améliorer l'état général et fonctionnel du malade, et à la radioscopie on vit diminuer d'étendue et d'opacité la masse sombre juxta-hilaire. Trois mois plus tard il ne restait qu'une sorte de moignon accolé au bord droit de l'oreillette.

OBSERVATION IV

(BENSAUDE et EMERY)

(Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 24 janvier 1913, p. 137. — Résumé.)

Syphilome intrathoracique (probablement broncho-pulmonaire simulant un cancer du médiastin. Retour à la santé depuis près de 2 ans). Examen radiologique avant et après le traitement par l'hectine et le salvarsan.

M. R..., fermier en Roumanie, 49 ans.

Dans ses A. H. : mère bacillaire, vivante.

A. C. : un frère et une sœur ayant des antécédents tuberculeux, bien portants à l'heure actuelle.

A. P. : à 14 ans, pleurésie droite; à 26 ans, pneumonie; à 36 ans, bacillose du sommet gauche cicatrisée rapidement.

Le malade se rappelle avoir eu la syphilis.

En avril 1910 : Apparition d'ozène et découverte de lésions nasales syphilitiques. Bordet-Wassermann positif. Le traitement mercuriel fait disparaître ces lésions, mais on doit interrompre (stomatite).

En mai 1910 : Un Bordet-Wassermann est encore positif mais le malade repart chez lui et ne se fait pas

traiter : pendant son séjour on a noté également un clangor aortique et une tension artérielle à 22, sans albuminurie.

Vers le 15 mai 1910, le malade étant dans son pays commence à tousser. Cette toux est persistante, de type coqueluchoïde, avec expectoration insignifiante ; elle est très pénible pour le malade qui en outre vomit. — Plusieurs examens ne montrent pas de B. K.

Au bout de 15 jours (vers le 20 août 1910), l'état du malade a empiré : la toux augmente ; les quintes sont plus fréquentes, l'expectoration est toujours insignifiante, mais le malade vomit presque tout ce qu'il prend.

Cependant, deux autres signes surviennent, la dyspnée et le cornage.

Cette dyspnée est très intense et l'oppression est telle que le malade marche courbé en avant, avec de grandes précautions pour éviter l'apparition de quintes.

On pratique alors un traitement par le benzoate de mercure. A la huitième piqure, amélioration sensible : la dyspnée et le cornage diminuent ; on interrompt le traitement à cause d'une stomatite. Au bout de 4 ou 5 jours le malade reprend les injections au benzoate, mais son état amélioré par la première série ne fait qu'empirer pendant la seconde, et les médecins consultés, devant l'inefficacité du traitement spécifique, penchent vers le diagnostic d'une néoplasie pulmonaire avec adénopathie secondaire.

On fait alors des radiographies dont l'interprétation est la suivante : « Nous sommes en présence d'un cas d'hypertrophie des ganglions broncho-pulmonaires droits et gauches avec prédominance des ganglions inférieurs. On n'observe aucune lésion pulmonaire ou bronchique. »

Le malade subit 10 séances de rayons X, mais son état ne fait qu'empirer, les quintes de toux se prolongent parfois durant 12 heures consécutives, nécessitant l'emploi de l'héroïne ; l'expectoration augmente.

Le malade va alors à Vienne, consulte le Professeur Albrecht qui aurait hésité entre néoplasme, dilatation des bronches, actinomycose ou sporotrichose, mais en éliminant la syphilis. Les examens de laboratoire pratiqués ne permettent pas de trancher en faveur d'un de ces diagnostics et on se borne à un traitement symptomatique.

Le malade est ensuite transporté à Paris et le 24 novembre le Docteur Vaquez, après l'avoir examiné aux rayons X, formule le diagnostic suivant : « Les caractères de la toux et sa persistance font penser à une affection médiastine dont le point de départ serait plutôt pulmonaire que ganglionnaire. A ce sujet, c'est l'examen radioscopique qui donne les renseignements les plus circonstanciés. On constate en effet au tiers inférieur du poumon droit l'existence d'une masse ombrée, mal délimitée, à noyaux plus opaques, pénétrant en pointe dans le poumon et se présentant d'autre part dans la région ganglionnaire. Il ne semble pas s'agir d'une adénopathie trachéo-bronchique évoluant à titre de maladie isolée, mais plutôt d'une réaction consécutive à une altération pulmonaire. »

Éliminant ensuite la dilatation des bronches, il conclut à la possibilité de deux diagnostics : médiastinite à propagation ganglionnaire tuberculeuse ou affection néoplasique du poumon ; ce dernier est retenu de préférence à cause d'une adénopathie sus-claviculaire gauche et on décide de pratiquer une nouvelle série de séances de radiothérapie.

Le 29 novembre, le malade va consulter M. Bensaude.

A ce moment, il a à peine de la dyspnée et du cornage, mais présente une toux persistant pendant des heures avec deux caractères : toux coqueluchoïde sans expectoration, et toux grasse avec expectoration abondante, le malade rendant environ par jour 300 à 400 gr. de cra-

chats purulents d'odeur fade. Il n'y a pas de vomique matinale, les crachats sont rendus toute la journée.

A l'auscultation on constate des râles ronflants et sibilants généralisés, mais plus marqués à droite. A la base droite il existe de la submatité avec exagération des vibrations vocales ; la respiration est diminuée. On trouve une augmentation de volume des ganglions sus-claviculaires des deux côtés, surtout à gauche. Le malade est très anémié (hémoroïdes), a maigri de 20 kgs et ne quitte pas le lit. Il a de la fièvre avec exaspération vespérale (37° et $38^{\circ}5$) jusqu'au 14 décembre ; à partir de cette date, apyrexie.

Pas de troubles digestifs. Foie et rate non augmentés de volume. Réflexes rotuliens normaux ; pas d'inégalité pupillaire ni de signe d'Argyll-Robertson.

L'examen radioscopique du thorax, vu de dos, montre qu'il y a une légère diminution de l'amplitude des mouvements d'abaissement du diaphragme, surtout du côté droit pendant l'inspiration. A gauche l'aire pulmonaire est claire, il y a une légère diminution de clarté du sommet gauche et quelques ombres ganglionnaires nettement arrondies.

A droite l'aire pulmonaire est claire, sauf dans la partie correspondante au hile et à la base. Toute cette région est occupée par une ombre triangulaire à base hilare et dont le sommet correspond à la périphérie tout près du diaphragme ; dans cette ombre on note des taches plus foncées, mais pas nettement arrondies ; on n'y voit pas l'aspect des arborisations bronchiques, ni des stries irradiant en éventail ; les contours de cette ombre sont vagues.

Lorsqu'on examine le malade de face on constate les mêmes lésions : l'ombre du poumon droit est plus nette, mais moins étendue, ce qui semble indiquer que la lésion est plus proche de la face antérieure du thorax que de la face postérieure. Dans la position oblique postérieure

gauche et oblique antérieure droite, on note que toute la partie moyenne de l'espace clair médian est occupée par une ombre opaque ; seules les extrémités inférieure et supérieure de cet espace sont claires. Quelle que soit la position occupée par le malade, il n'est pas possible de trouver de séparation entre l'ombre du médiastin et celle du poumon.

L'aorte est de forme normale, très légèrement mais très régulièrement élargie, il n'y a pas d'augmentation appréciable du volume du cœur.

Une radiographie faite de face confirme les données de la radioscopie.



Le diagnostic qui parut le plus probable fut celui de lymphadénie aleucémique ou de cancer du poumon avec adénopathie médiastine ; on fit donc une nouvelle application de rayons X ainsi que des injections d'hectine.

Le malade conserve toujours un état général précaire. Cependant, un examen du pharynx montre la présence

d'une gomme, et on décide alors de faire des injections de 606 à la dose de 20 centigrammes.

Trois jours après la première piquûre, l'amélioration se manifeste ; la toux diminue, l'expectoration se réduit à 4 ou 5 crachats qui perdent leur purulence ; le malade a meilleure mine et quitte le lit 8 jours après la première injection et se promène sans aucun aide.

A l'auscultation du poumon il semble que la respiration s'entende mieux à la base droite mais les râles bronchiques persistent.

L'amélioration continue ; on pratique une deuxième injection.

Le 17 janvier, le malade pèse 69 kgs. A cette époque un examen radioscopique et une radiographie montrent que l'ombre du poumon droit persiste mais a diminué d'intensité.

Mais en avril 1911, le malade est pris de nouveaux symptômes pulmonaires : début brusque, fièvre à 40°, sans toux et sans point de côté ; c'est seulement au quatrième jour que l'on constate des râles dans la poitrine. On croit à une pneumonie, d'autant plus qu'au septième jour le malade va mieux.

Ce n'est qu'après cet état aigu qu'il commence à tousser et à cracher beaucoup ; pendant 10 jours la température reste autour de 38°5. Il maigrit rapidement. On fait alors une nouvelle injection de 606.

Ce traitement produit le même effet surprenant ; à partir de l'été 1911, santé parfaite.

Une radiographie faite en octobre 1911 montre au niveau du lobe inférieur droit des stries divergentes et des arborisations qui n'étaient pas visibles sur la première radiographie.

En octobre on fait 3 injections de 606, et pour la première fois le B.-W. est négatif dans le sang.

En janvier 1913, le malade ne présente aucun symp-

tôte morbide mais s'enrhume facilement ; il pèse 85 kilogrammes.

A l'examen radioscopique, les deux aires pulmonaires sont claires ; à gauche on constate dans la région du hile quelques ombres ganglionnaires nettement arrondies. A droite, on note quelques arborisations partant du hile et pénétrant dans le lobe inférieur ; ces stries correspondent à la limite interne de l'ombre triangulaire constatée au début de la maladie.

L'examen fait dans les positions oblique antérieure droite et oblique postérieure gauche montre une ombre légère occupant le tiers moyen de l'espace clair médian.

Résumé

Homme de 45 ans, présentant des antécédents bacillaires et atteint de syphilis ; en avril 1910 il accuse une toux quinteuse très pénible sans expectoration d'abord, puis avec expectoration purulente abondante ne contenant pas de bacille de Koch et en outre une dyspnée très intense, avec par intervalle du cor nage et des accès de suffocation.

A l'examen du thorax, submatité du poumon droit à la partie inférieure et exagération des vibrations vocales.

Le malade a de la fièvre et maigrit en quelques mois de 20 kgs. Il va consulter à Vienne puis à Paris. Le diagnostic le plus vraisemblable est celui de cancer broncho-pulmonaire avec adénopathie médiastine d'autant plus que le diagnostic de pneumopathie syphilitique est éliminé à cause de l'inefficacité des traitements mercuriels institués auparavant. Amélio-

ration légère par l'hectine. Puis la découverte d'une gomme pharyngée fait pratiquer des injections d'arséno-benzol, lesquelles ont un effet surprenant : les troubles respiratoires diminuent puis disparaissent ; le malade prend du poids et à l'examen radiologique on voit disparaître l'ombre qui occupait le hile et le tiers inférieur du poumon droit.

Les mêmes accidents reparaissent après 3 mois de guérison en apparence complète, mais ils cèdent à nouveau à l'emploi de l'hectine et du salvarsan.

Quelque temps après, il ne persiste de l'image radiologique constatée avant le traitement que quelques arborisations bronchiques partant du hile et s'irradiant vers le diaphragme et une ombre légère occupant le tiers inférieur de l'espace clair médian.

OBSERVATION V

(Thèse de R. MONNIER, Lyon 1931, p. 35.)

Mme S..., 27 ans, est envoyée à l'Hôtel-Dieu le 16 mai 1930, pour une congestion pulmonaire bilatérale. Elle entre dans le service du Professeur Favre, en proie à une dyspnée extrêmement vive avec cyanose, symptômes qui font d'emblée redouter une affection respiratoire grave. — Ces accidents datent de 15 jours environ, mais n'ont pas surpris la malade en pleine santé : celle-ci, en effet, avait eu, deux ans auparavant, une pneumopathie traînante à la suite de laquelle elle avait continué à tousser et à cracher, surtout le matin. — Ces symptômes, ordinairement bien tolérés, ont augmenté rapidement d'in-

tensité : il y a eu une petite hémoptysie, quelques malaises généraux (perte des forces, perte de l'appétit, irrégularités thermiques). Enfin, la dyspnée est apparue : elle s'est aggravée très rapidement, et c'est surtout cette gêne respiratoire qui a décidé la malade à venir à l'hôpital.

Un interrogatoire sur ses antécédents nous apprend ce qui suit :

Les parents de cette malade sont vivants et bien portants. Elle a des frères et sœurs sur lesquels elle n'a rien à signaler. Personnellement, elle a eu une enfance malade au cours de laquelle elle a présenté successivement la rougeole, la coqueluche et la diphtérie, toutes infections qui ont évolué normalement et ont guéri sans complications pulmonaires sérieuses. Elle a été réglée à 15 ans et s'est mariée à 17 ans. Elle a eu 4 grossesses dont deux (la 1^{re} et la 3^e) furent normales et dont les deux autres (2^e et 4^e) se terminèrent par des fausses couches de un mois et demi et de six mois. Dans cette dernière, le fœtus a été expulsé macéré. — Ses deux enfants sont normalement constitués et vont bien.

Il y a deux ans, elle eut une affection pulmonaire grave qui débuta assez brusquement, qui dura deux mois avec une température élevée. Elle eut, à cette époque, plusieurs hémoptysies. On aurait porté le diagnostic de broncho-pneumonie. Mais la profonde atteinte de l'état général, l'amaigrissement rapide (de 20 kilogs) et les hémoptysies avaient fait craindre la tuberculose, car le médecin traitant demanda quatre examens de crachats qui tous furent négatifs ; les symptômes aigus se calmèrent au bout de 2 mois, mais la guérison ne fut pas complète ; depuis cette époque, la toux et l'expectoration persistent : l'amaigrissement s'accroît (5 à 8 kilogs). Les hémoptysies reparurent à plusieurs reprises.

Au premier examen, la malade se plaint de quelques

céphalées, mais le symptôme qui retient avant tout l'attention est la dyspnée intense : les lèvres et les extrémités sont cyanosées. Il y a du tirage sus-claviculaire sans cornage. La température est presque normale : $37^{\circ}4$. Mais la respiration est très rapide, 48 par minute.

L'auscultation pulmonaire révèle des signes très étendus, mais fort peu caractéristiques. Sur toute la surface des deux poumons, on entend des ronchus et des sibilances. On perçoit quelques râles sous-crépitaux de gros calibre, disséminés, sans véritable foyer congestif, sauf peut-être à la base gauche où les râles sont plus fins et plus confluent.

Le pouls bat à 80. La tension artérielle est à 13/8. Les bruits du cœur sont normaux.

L'abdomen est souple : on ne sent ni le foie ni la rate.
— Pas d'œdème des jambes.

Système nerveux : réflexes tendineux et oculaires normaux.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

L'examen du larynx demandé à cause d'une certaine rauçité de la voix ne montre ni lésion inflammatoire de la muqueuse ni lésion paralytique des cordes.

Il s'agit, en résumé, d'une poussée aiguë, évolutive, avec troubles respiratoires graves, greffée sur une pneumopathie chronique indéterminée. L'étiologie de cette affection est difficile à préciser : les examens répétés de crachats toujours négatifs permettent, semble-t-il, d'éliminer la tuberculose. Mais la disproportion entre l'intensité de la gêne respiratoire et la banalité des signes fournis par l'examen fait cependant redouter une poussée de granulie.

Un nouvel examen de crachats (19 mai) est encore négatif.

La réaction de Wassermann est négative.

Radiographie thoracique (19 mai). — Quelques travées

scléreuses disséminées dans les deux poumons. Pas de granulations pulmonaires. Au niveau du hile pulmonaire droit, on constate l'existence d'une ombre très anormale assez régulièrement arrondie qui empiète largement sur le champ pulmonaire et qui se prolonge en bas vers le diaphragme, parallèlement au médiastin. Cette ombre n'a pas partout la même densité ; en certains points, elle est très accentuée, cette accentuation correspondant à des travées bronchiques et peut-être à des images ganglionnaires, au voisinage du hile. Le cœur est volumineux. L'arc moyen est beaucoup plus saillant que normalement, ce qui semble indiquer la présence d'un obstacle à la circulation pulmonaire.

— Les jours suivants, les symptômes restent les mêmes. La température, un peu irrégulière, oscille entre 37°5 et 38° : on note cependant, sur la courbe thermique, deux clochers à 39°. La dyspnée est vive : la malade est toujours cyanosée.

La radiographie permet d'éliminer le diagnostic de granulie contre lequel plaidaient d'ailleurs quelques symptômes : le gros cœur, la tension artérielle normale à 13/8, l'absence de température élevée.

Le 24 mai, on fait un *examen radioscopique*. On retrouve l'aspect du film. La mobilité diaphragmatique est normale. Le cœur est refoulé vers la gauche. En position oblique antérieure droite, les parties supérieure et inférieure de l'espace clair médian sont normales, mais la portion moyenne est bouchée par une ombre irrégulière et opaque : la trachée apparaît coudée et refoulée en arrière. Il s'agit vraisemblablement d'une adénopathie trachéo-bronchique. On envisage alors la possibilité d'une tumeur médiastinale, d'origine ganglionnaire : un lymphosarcome, par exemple. On demande alors un examen de sang dont voici les résultats :

G. R. 3.800.000

G. B. 12.500

Formule leucocytaire normale,

La malade est soumise à un traitement radiothérapique, elle subit trois séances d'irradiation sur le médiastin (27 mai, 1^{er} juin, 4 juin). A la suite de ce traitement, la dyspnée diminue très légèrement, mais la respiration reste rapide et superficielle (plus de 30 à la minute).

Le 7 juin, M. le Professeur Favre examine cette malade et dicte la note suivante que nous transcrivons intégralement : « La malade présente depuis deux ans des troubles respiratoires : elle tousse facilement et crache le matin. Elle a vu ces accidents augmenter considérablement depuis un mois : elle s'est mise à tousser davantage et à être essouffée. Elle est arrivée dans le service, cyanosée, avec des accès violents de dyspnée paroxystique. Elle se présentait alors comme une granulique et c'est le diagnostic qui fut discuté le premier.

Puis, après examens radiologiques, on a songé à une tumeur médiastinale, en vertu de la constatation d'une masse médiastinale effaçant l'espace clair postérieur. Le succès relatif du traitement radiothérapique semble avoir confirmé ce diagnostic.

Mais actuellement, l'examen ne permet pas de s'arrêter au diagnostic de tumeur du médiastin : les signes constatés sont ceux d'une maladie broncho-pulmonaire chronique qui se traduit par des signes diffus de bronchite avec râles ronflants dans les deux poumons, mais, en outre, à la base gauche, on retrouve de façon constante, des râles humides fixes d'assez gros calibre.

Le tableau clinique est celui d'une sclérose broncho-pulmonaire avec dilatations bronchiques et accès paroxystiques de cyanose. »

Le 9 juin, les phénomènes pulmonaires subissent une nouvelle poussée : la malade se plaint d'un violent point de côté à la base gauche ; sa température monte à 40° et pendant près d'une semaine elle reste élevée autour de 39°, puis entre 38° et 39°. La dyspnée augmente, sans at-

teindre cependant l'intensité qu'elle avait présentée au début.

C'est alors que l'on institue un traitement spécifique. On commence par un sirop iodo-mercuriel, puis on fait une série d'injections intraveineuse de novarsénobenzol (de 0,15 à 0,60 inclus). Les résultats de ce traitement ne se font pas attendre : le point de côté disparaît dès les premiers jours ; la température se régularise très vite et les troubles respiratoires diminuent sensiblement.

Le 17 juin, quelques jours après le début du traitement et la disparition des signes aigus de la seconde poussée, on fait une *radiographie pulmonaire*. Elle est sensiblement différente de la première. Le hile pulmonaire droit s'est nettoyé en partie. L'ombre diffuse constatée précédemment a été remplacée par l'image beaucoup plus nette d'un arbre bronchique extraordinairement épaissi : il y a, en somme, persistance de la lésion initiale, mais disparition des phénomènes congestifs de voisinage.

Par contre, la base gauche est obscure jusqu'à la partie moyenne du poumon : cette ombre assez dense laisse cependant deviner le squelette thoracique. Le bord gauche du cœur est presque impossible à repérer. Au niveau de l'arc moyen, on constate une ombre arrondie très opaque et très saillante, assez difficile à distinguer de l'image cardio-vasculaire : il semble s'agir d'une congestion dense au voisinage du hile pulmonaire gauche.

Sous l'influence du traitement, l'amélioration s'accroît : cependant la toux persiste et l'expectoration est plus abondante qu'elle ne l'était avant cette maladie, mais la dyspnée a complètement disparu.

Avant que la malade ne quitte l'hôpital, on demande une radiographie thoracique après injection de lipiodol. Celle-ci montre, aux deux bases, mais surtout à gauche, des dilatations bronchiques cylindriques : les bronches conservent le même calibre très loin du hile : elles se

terminent en culs-de-sac (aspect de branches mortes) (3 juillet 1930).

La malade rentre chez elle le 18 juillet. Elle a été revue à plusieurs reprises depuis cette date. Elle a continué à tousser et à cracher beaucoup plus qu'autrefois : à chaque examen, on a retrouvé au niveau de la base gauche, sous l'aisselle, le même foyer de râles humides de gros calibre. Le traitement par le sirop iodo-mercuriel a été poursuivi régulièrement. La malade a un état général excellent : elle a pris 10 kilogs depuis le mois de mai (novembre 1930).

Le 20 novembre 1930, on refait une radioscopie thoracique : elle ne montre aucune ombre pulmonaire anormale. Les hiles sont un peu chargés : le diaphragme est peu mobile, mais non déformé. Au point de vue médiastinal : de face, pas d'élargissement du médiastin. A signaler seulement une saillie exagérée de l'arc pulmonaire qui se retrouve en O. A. G. Espace clair médiastinal normal en O. A. D. En somme, aucune image de médiastinite.

Vers le milieu de décembre, la toux et l'expectoration ont diminué considérablement et ont même disparu complètement pendant quelques jours, ce qui ne s'était pas produit depuis plus de deux ans. On refait une réaction de Wassermann qui est encore négative.

Le 15 janvier 1931. — La malade revient en consultation. Au point de vue pulmonaire, son état est stationnaire. Elle tousse cependant un peu plus que le mois dernier, mais elle se plaint de troubles visuels pour lesquels on l'envoie à la consultation du Professeur Rollet. Ces troubles visuels sont dus à une parésie du nerf moteur oculaire commun gauche portant surtout sur les muscles droits supérieur et inférieur (Docteur Jacques Rollet).

Cette parésie oculaire d'apparition spontanée est un nouvel argument en faveur de la syphilis : d'ailleurs, les

fausses couches de cette malade, sa pneumopathie traînante non tuberculeuse, l'influence immédiate du traitement spécifique constituaient, malgré la réaction de Wassermann négative, des preuves très suffisantes à l'appui de cette étiologie.

Il semble que, dans ce cas, la dyspnée grave et la cyanose aient été liées à l'existence de réactions inflammatoires au niveau des hiles pulmonaires. Les radiographies successives montrent bien l'extrême développement de ces congestions périhilaires au moment où les troubles respiratoires étaient intenses et l'éclaircissement des hiles coïncidant avec l'atténuation des signes fonctionnels.

En résumé : Femme de 27 ans ayant eu deux fausses couches et ayant présenté il y a deux ans une toux avec expectoration matutinale, une altération de l'état général avec amaigrissement.

Brusquement apparut une dyspnée qui s'aggrava rapidement, accompagnée de cyanose des lèvres et des extrémités.

A l'auscultation, signes très étendus mais nullement caractéristiques. B.-W. négatif. Mais une radiographie thoracique montre au niveau du hile droit une ombre assez régulièrement arrondie se prolongeant vers le diaphragme, parallèlement au médiastin, et d'opacité inégale.

On songe à une tumeur médiastinale ganglionnaire ; l'examen du sang est négatif ; la découverte radioscopique fait éliminer le diagnostic de granulie et on s'oriente vers celui de syphilis du poumon.

Les phénomènes pulmonaires subissent une nouvelle poussée et on institue un traitement spécifique (sirop iodo-mercuriel et novarséno-benzol) dont l'effet se fait sentir rapidement.

Quelques jours après le début du traitement le hile droit est nettoyé et il ne persiste que des ombres bronchiques très épaisses. Par contre la base gauche est obscure et au niveau de l'arc moyen on constate une image arrondie (zone congestive juxta-hilaire ?). L'amélioration s'accroît et la malade rentre chez elle.

Une radiographie après injection de lipiodol met en évidence des dilatations bronchiques.

Quelque temps après, une nouvelle radiographie ne montre plus d'image anormale.

OBSERVATION VI

(A. GARRETON SYLVA et O. SALAS)

(*Revista Medica de Chile*, novembre 1929, p. 837)

Il s'agit d'une femme de 38 ans, qui entre à la salle Purissima del Servicio le 17 mai de cette année. La cause de son entrée fut un état pulmonaire aigu, avec point de côté, toux, crachats hémoptoïques, malaise général, fièvre et asthénie.

On relève dans les antécédents de cette femme deux épisodes pulmonaires aigus, mais on ne peut avoir aucun renseignement sur leur nature.

La malade présente une toux chronique, souvent de la fièvre le soir et des sueurs nocturnes. On note aussi

dans ses antécédents familiaux et personnels une plurimortalité infantile.

A l'examen : il s'agit d'une femme plus ou moins prostrée, très amaigrie; pouls à 110; température de 37° en moyenne; dyspnée; T. A. 8/6. Le teint est terreux, le pannicule adipeux a presque disparu; la peau est sèche et présente des taches de vitiligo un peu symétriques.

La seule découverte intéressante de l'examen se fait au niveau du poumon droit : à la partie moyenne et plus particulièrement dans le dos, l'examen clinique met en évidence une zone de condensation étendue, avec matité, souffle, râles, de calibre moyen et fin, et à certains moments frottements pleuraux.



Les deux sommets présentent une respiration bruyante, spécialement à l'expiration.

La malade tousse continuellement et expectore beaucoup (expectoration purulente).

Les urines sont diminuées en quantité, mais leur examen est négatif.

..Examen radiographique et radioscopique :

A la partie moyenne du champ pulmonaire droit on

constate une ombre irrégulière dans ses contours et dans son fonds. En examinant cette ombre on voit qu'elle a un aspect trabéculaire dans sa partie médiastinale, les travées se perdant dans l'ombre du médiastin.

Il existe une bande plus ou moins rectiligne dans les trois quarts inférieurs de l'ombre médiastinale, à droite, laquelle paraît augmenter la largeur du médiastin de ce côté.

A un examen de sang, le B.-W. est nettement positif.

Chez cette femme, qui, jusqu'à présent, n'avait reçu qu'un traitement symptomatique, soupçonnant une syphilis pulmonaire, on commence un traitement spécifique.

En faveur de ce diagnostic on pourrait invoquer l'apyrexie coexistant avec l'état pulmonaire; la localisation des signes en un point si spécial du champ pulmonaire (partie moyenne du côté droit), l'image radiologique particulière, la présence de médiastinite; enfin dans les antécédents la polymortalité infantile et, d'autre part, le Bordet-Wassermann positif dans le sang.

A de nombreux examens de crachats, pas de B. K.

Le résultat fut le suivant : après 15 injections intraveineuses de cyanure de mercure, la malade va mieux : disparition de la toux et état général meilleur. Pendant ce temps, la lésion pulmonaire diminue manifestement d'étendue. A l'examen clinique on constate que les râles sont moins nombreux puis disparaissent. A l'examen radiologique l'ombre est moins dense.

Ainsi, amélioration tant au point de vue clinique que radiologique.

L'examen comparatif des radiographies prises à quelques jours d'intervalle montre déjà une amélioration évidente de l'état pulmonaire.

L'auteur ajoute : ultérieurement nous avons eu l'occasion d'examiner cette femme. Aux rayons X, à peine

voyait-on une légère ombre à la place de l'ancienne lésion.

L'auteur insiste ensuite sur la rareté de tels faits et sur la difficulté du diagnostic.

En résumé : Femme de 38 ans venant consulter pour une affection pulmonaire chronique avec toux et expectoration abondante ne contenant pas de bacilles de Koch. Etat général très précaire. L'examen clinique révèle des signes de condensation à la partie moyenne du poumon droit et l'examen radiologique montre une zone opaque irrégulière dans ses contours et dans son fond, d'aspect trabéculaire vers le médiastin, et qui paraît doublée de ce côté par une ombre verticale presque rectiligne.

Amélioration considérable et presque immédiate par le traitement spécifique et régression partielle de l'image radiologique à la suite de ce traitement.

OBSERVATION VII

(LINDWALL et TILGREN)

(*Beitrag zu Klinik der Tuberkulose*, 1912, p. 301)

On trouve dans le journal de la Clinique médicale du Lazaret de Séraphimer, l'observation suivante :

C... J..., ouvrier mécanicien, 35 ans.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Un frère du malade est mort tuberculeux.

Le malade vient, à l'âge de 22 ans, à Stockholm et travaille dans une tréfilerie. Il dit que ce travail n'était pas

pénible mais il était exposé aux courants d'air. Le malade n'a jamais habité avec des sujets atteints du poumon, mais dans l'atelier, beaucoup d'ouvriers toussaient. Il nie l'alcoolisme.

Comme maladie infectieuse, il a eu la varicelle dans l'enfance. Pendant la période de croissance, bonne santé habituelle. Depuis l'âge de 27 ans, à la visite annuelle, il est trouvé chaque fois bien portant.

En juin 1909, le malade a eu la syphilis, mais ne peut affirmer la localisation de l'accident primaire. Au cours de l'été 1910 on constata une éruption sur les jambes qu'on diagnostiqua syphilitique. Au printemps de la même année, le malade observe l'apparition de ganglions cervicaux, axillaires et poplités ; ceux de la région cervicale droite étaient très gros mais non douloureux.

Il alla voir un guérisseur dont le traitement eut pour effet une éruption médicamenteuse sur les bras et les jambes.

Il va alors à l'hôpital Saint-Goran de Stockholm.

La réaction de Wassermann est positive.

On pratique alors 8 injections de mercure et vers la Noël, 3 injections.

Depuis l'été 1910, le malade toussait un peu, se sentait un peu las et sans appétit, mais il put néanmoins travailler jusqu'en janvier 1911.

Brusquement alors, il ressentit un point de côté à gauche et alla consulter un médecin qui trouva des signes de condensation du poumon droit ainsi qu'une hypertrophie du foie et de la rate. Le malade se mit au lit : température maxima 38°, et après 3 jours le point de côté cessa ; pendant la maladie, crachats abondants, ne contenant pas de sang et n'ayant pas d'odeur. Pas de rauçité de la voix, ni de dysphagie. Jamais de diarrhée ni de vomissement. Pas de transpiration nocturne, ni de vertiges, ni de céphalées.

Pendant la dernière moitié de l'année, le malade a

maigri considérablement, surtout dans les derniers mois, et a pâli beaucoup (66 kgs en 1910, 55 en février 1911). Pas d'œdème malléolaire.

En janvier 1911, on trouve, après une nouvelle consultation médicale, beaucoup d'albumine dans les urines et on conseille au malade d'entrer à l'hôpital.

Etat actuel (février 1911) :

Sujet de taille normale, de musculature bien développée, très pâle et amaigri; pas de cyanose ni d'œdèmes; pigmentation rouge brunâtre sur les jambes; température normale; doigts légèrement en baguette de tambour; la langue n'est pas saburrale; l'amygdale gauche est un peu rouge.

Sur les deux côtés de la mâchoire, jusqu'au muscle sterno-cléido-mastoïdien et en bas jusqu'au creux sus-claviculaire, il existe de nombreux ganglions durs, dont la grosseur varie de celle d'un haricot à celle d'une noisette, les uns isolés, les autres réunis. Dans la région axillaire droite il existe une masse ganglionnaire de la grosseur d'une noix, et dans la gauche des ganglions semblables.

Le thorax est plat, la région sous-claviculaire droite est particulièrement déprimée. Le périmètre thoracique est de 91 cm. au niveau du mamelon; pas de différence entre les deux hémithorax. Respiration superficielle (20 r. à la minute). L'hémithorax droit a une expansion moindre.

A la percussion : matité du sommet droit qui tourne dans l'aisselle et augmente vers la base. A gauche et en avant, hypersonorité ; en arrière, un peu de matité de la base.

A l'auscultation : dans la fosse sous-claviculaire droite, respiration diminuée et rude avec des râles humides de moyenne grosseur; ces bruits sont aussi entendus en arrière, vers la base.

A *gauche*, en arrière, le murmure est diminué avec beaucoup de râles humides.

En avant, le murmure vésiculaire est normal.

Les crachats, à de multiples examens, ne contiennent pas de bacilles de Koch.

Au *cœur* : pointe dans le quatrième espace sur la ligne mamelonnaire ; choc normal à la palpation. La matité cardiaque s'étend à 1 cm. de la ligne mamelonnaire à gauche ; à droite, elle va jusqu'au bord droit du sternum. Les bruits sont normaux, le deuxième bruit pulmonaire est vibrant. Rythme normal.

Pouls : 85. Artères radiales très rigides. T. A. : 106 mm. de mercure.

Le ventre est un peu gros, non douloureux, un peu tendu : pas d'ascite. La matité hépatique s'étend de la quatrième à la cinquième côte jusqu'à 2, 4, 5 cm. au-dessous du rebord costal ; la surface du foie est lisse.

La matité de la rate va jusqu'à la ligne axillaire antérieure ; on a quelque difficulté pour palper cet organe.

Depuis son arrivée à l'hôpital, le malade souffre de diarrhée, présente de 3 à 6 selles par jour. La réaction du Gaïac dans ces selles est négative.

Les réflexes pupillaires et tendineux sont normaux.

Les urines sont claires (d : 1023) ; réaction de Heller positive. Dosage de l'albumine au réactif d'Essbach : 5 à 14 pour 1000. Le sédiment contient des leucocytes et des cylindres hyalins et granuleux.

A deux examens de sang on a trouvé :

Fleischl : gl. rouges	4.800.000
gl. blancs	8.300
Sahli : gl. rouges	4.600.000
gl. blancs	16.000

Réaction de Wassermann : positive.

Le 9 mai, *radioscopie et radiographie du thorax*.

Les mouvements du diaphragme sont réguliers, mais de faible amplitude. Les sinus costo-diaphragmatiques

sont libres. Des deux côtés les hiles sont plus chargés que normalement, spécialement le droit qui présente une ombre intense, de la grosseur d'un œuf de cane avec des prolongements en éventail dans le parenchyme.

L'auteur dit qu'après avoir examiné plusieurs fois le malade à la radioscopie, il formule l'hypothèse d'une syphilis pulmonaire.

Depuis la deuxième semaine de mars, apparition d'hydrothorax, d'œdèmes et d'ascite. Le 17 mars: ponction exploratrice de l'hydrothorax du côté gauche: liquide légèrement opalescent avec 0,45 % d'albumine, 750 cellules par mmc.

Le poids du corps augmente en avril de 7 kgs 500.

On fait encore une recherche des B. K. dans les crachats, qui reste négative.

L'état général n'a pas changé; la quantité d'urine qui variait entre 1.350 et 750 diminue de jour en jour jusqu'à 250 cmc. — Apyrexie complète jusqu'à la fin. Mort le 8 avril dans l'hypothermie et le collapsus.

Résumé

Homme de 35 ans, syphilitique certain, venant consulter pour de la toux et des troubles de l'état général, ayant présenté deux ans auparavant des adénopathies généralisées et il y a un an un épisode pulmonaire aigu avec point de côté, fièvre modérée et signes de condensation de la base droite.

L'examen clinique révèle à droite de la matité du sommet tournant dans l'aisselle et quelques râles humides.

A la radioscopie on voit, au niveau du hile droit une ombre intense de la grosseur d'un œuf de cane

avec des prolongements en éventail dans le parenchyme.

Il existe une lymphadénie généralisée avec un gros foie, une grosse rate et de l'albuminurie.

Ultérieurement, apparition d'ascite et d'hydrothorax.

Le diagnostic porté fut celui de pneumonie syphilitique avec dégénérescence amyloïde des viscères et lymphadénie spécifique.

L'autopsie montre la présence de ganglions lymphatiques durs, au hile pulmonaire, sur la racine du mésentère, dans les creux axillaires.

Le poumon droit, adhérent à la plèvre pariétale, présente à sa partie moyenne une masse dure et compacte, commençant au hile et s'étendant vers la plèvre. Le tissu qui compose cette masse est lisse, brillant, de couleur blanc-bleuâtre à la coupe.

L'examen microscopique de cette partie du poumon modifiée, mit en évidence des néoformations alvéolaires à épithélium cubique.

Toutefois, l'examen des ganglions lymphatiques révéla l'existence de cellules se rapprochant de celles du type Sternberg.

Pour cette raison, nous devons tenir pour peu probante cette observation. Bien que les auteurs aient porté le diagnostic clinique et anatomo-pathologique de pneumonie syphilitique, on peut également songer à une maladie d'Hodgkin avec masses ganglionnaires médiastinales ayant envahi le poumon.

OBSERVATION VIII

(MERKLEN et SICHEL)

Evolution régressive et guérison de gommages géantes du poumon suivies sous l'écran. — Presse Médicale, 5 octobre 1932, n° 80).

OBSERVATION. — Mor..., 62 ans, boucher, avait toujours été bien portant lorsqu'il présenta, fin octobre 1931, un point de côté violent au niveau du sein droit. Peu après, élévation de la température avec quelques crachats muco-purulents.

Grand fumeur, il niait tout éthylogisme et tout antécédent vénérien. Sa femme était saine, de même que ses enfants et ses petits-enfants. Il avait au surplus travaillé sans encombre et supporté les fatigues et les privations de la guerre sans dommage apparent pour sa santé.

A l'examen, le 2 novembre 1931, nous sommes devant un sujet fort en couleurs, toussant, très gêné dans sa respiration par la douleur persistante de l'hémithorax droit. Yeux un peu injectés ; langue sèche et brillante sur les bords.

Matité de la base du poumon droit, remontant assez haut et atteignant en avant la zone mamelonnaire. Vibrations vocales bien perçues dans les mêmes limites. Souffle tubaire à la base, en arrière et dans le creux axillaire. Beaucoup de frottements superficiels surajoutés, surtout près du mamelon. Cœur régulier, battant aux environs de 90 à 100. Foie débordant d'un travers de doigt le rebord costal, indolore à la pression. Rate mal perceptible. Urines sans sucre ni albumine, foncées, émises aux environs d'un litre par jour. Fièvre entre 38° et 39°. Tension artérielle 11-7 (Vaquez-Laubry).

Le traitement habituel des infections aiguës du poumon (enveloppements, digitaline, coramine), associé à des piqûres de quinine-uréthane, ne modifia pas grande-

ment les choses. La fièvre et le pouls se maintinrent jusqu'au 13, avec atteinte identique de l'état général. Par contre, le point de côté diminua de violence pour finalement se dissiper.

Les 14 et 15, la température baisse à $38^{\circ}8$ et $37^{\circ}3$, le pouls à 80, avec une amorce de diurèse à 1.500 et à 1.300 grammes.

Mais dès le 16, nouvelle poussée fébrile grâce à laquelle la fièvre oscilla aux environs de 38° jusqu'au 28 novembre, avec pouls vers 90. Urines en diminution, de 700 à 1.000 gr. jusqu'au 28, puis de 1.300 à 1.500 gr. à nouveau, chargées en sels, mais sans albumine.

Mêmes signes à ce moment à l'examen des poumons, et recrudescence de la toux et des crachats, devenus brun-rougeâtres ; flore banale habituelle, avec surtout streptocoques et pneumocoques. Lavements créosotés matin et soir. De plus, fait important, réapparition de la douleur du côté droit, moindre il est vrai, mais qui, aux yeux du malade, se montre cependant le symptôme émergent. Néanmoins, durant la seconde quinzaine de novembre, la matité et le souffle diminuèrent nettement d'intensité, sans toutefois donner l'impression d'aller à résolution définitive, car persistaient les phénomènes généraux. A telle enseigne que le 30 la fièvre monta à $39^{\circ}2$ et le pouls à 104. Un examen radiologique s'imposait dans ces conditions.

Le 24 novembre on vit, étalées dans les lobes moyen et inférieur du poumon droit, trois ombres allongées et à contours nets. L'une siégeait près du hile ; la seconde longeait la paroi externe ; la troisième coiffait l'hémi-diaphragme droit sans s'en différencier. En outre, deux traînées interseissurales à la hauteur du hile, larges adhérences dans le sinus costo-diaphragmatique droit et adhérences entre la plèvre et le péricarde du même côté. Rien d'anormal au poumon opposé ni aux autres organes thoraciques.

L'interprétation de ces faits était délicate, si bien que divers médecins, parmi les plus compétents, émirent des avis opposés. De nouvelles recherches furent donc pratiquées. Les unes dans l'idée de suppuration : 11.700 leucocytes avec 76 pour 100 polynucléaires et 5 pour 100 éosinophiles ; hémoculture stérile après huit jours ; examen bactériologique des crachats analogue au précédent. Les autres en vue d'une syphilis éventuelle, malgré l'absence de tous anamnestiques et de tous signes actuels (pas d'Argyll notamment) : le Bordet-Wassermann se montra fortement positif. Il devenait logique de penser à des gommes du poumon. Mais, celles-ci étant à juste titre reconnues pour exceptionnelles, le diagnostic n'osait s'y risquer sans réserves.

Ajoutons qu'une exploration au niveau de la zone malade, près de la région axillaire, n'avait ramené qu'un sang épais et foncé sans intérêt cytologique. Cette ponction fut mal supportée : dès l'apparition des premières gouttes de sang au chas de l'aiguille enfoncée d'environ cinq centimètres, le malade devint d'un seul coup complètement cyanotique, cracha quelques filets de sang noir et spumeux, puis cessa de respirer, avec pouls imperceptible. De fortes doses de caféine intraveineuse et de l'adrénaline intra-cardiaque (3 cmc. de la solution au 1/1000) furent nécessaires pour ranimer le patient.

Nous essayâmes tout d'abord un traitement ioduré, souvent préconisé contre les gommes. Pour frapper fort, nous avons eu recours au procédé qui consiste à diluer dans un litre d'eau d'Evian 20 gr. d'iodure de potassium et à le faire prendre par verres dans les vingt-quatre heures ; cette dose est souvent mieux supportée que des doses plus faibles à condition que le malade soit au régime lacté pur. Deux tentatives, pratiquées le 3 puis le 5 décembre, ne donnèrent pas de résultat : les signes locaux demeurèrent ce qu'ils étaient auparavant. Une radiographie du 15 décembre se montra analogue à la première.

L'état général ne varia guère non plus. Toutefois la fièvre, à 39°4 le 30 novembre, à 38°9 le 3 décembre, à 38° le 9 décembre, disparut à partir du 14; elle avait d'ailleurs coïncidé avec des suppurations aseptiques au niveau de piqûres de quinine-uréthane, guéries après incisions. Pouls à 80. L'ensemble n'en était pas moins peu satisfaisant et pouvant être considéré comme assez précaire.

L'échec d'une première modalité de traitement antisyphilitique suscita de la part du malade et de la famille de telles objections à une reprise que nous ne pûmes pas réintervenir avant le 22 décembre. A partir de ce jour-là fut instituée une cure arsénico-mercurielle. Deux piqûres de novar de 0,15, trois de 0,30, deux de 0,45, une de 0,60 gr. espacées de deux en deux jours; les jours intermédiaires, mercure sous forme de suppositoires de 0,04 centigr. (supparyres).

Ici le succès se manifesta rapide et brillant.

Tout d'abord ce fut la respiration qui devint plus libre; puis la toux et les crachats diminuèrent beaucoup. Les signes locaux disparurent comme au décours d'une pneumonie; au bout de quinze jours, il n'y avait plus ni matité ni souffle.

La troisième radiographie montre combien les masses avaient déjà perdu de leur volume le 11 janvier. Elles devaient continuer à se dissiper; une dernière radiographie du 24 mars n'en laisse plus voir trace. Le foie subit aussi les effets du traitement; il régressa jusqu'aux fausses côtes.

Quant à l'état général, il se modifia si heureusement que le malade gagna 3 kgs durant les 15 premiers jours du traitement. Fin janvier, c'était l'impression d'une complète guérison. A remarquer que la tension artérielle avait remonté à 13-8. Le tout se consolide dans l'avenir sans aucun incident.

Résumé

Il s'agissait d'un homme de 62 ans qui, en pleine santé, eut un point de côté violent sous le sein droit et quelques crachats muco-purulents.

L'examen du thorax révélait une matité de la base droite remontant assez haut, un souffle tubaire intense et des frottements. La courbe thermique se maintint à 38°-39° pendant 15 jours, puis baissa, puis subit une nouvelle réascension quelques jours après, pour se maintenir encore à 38° pendant un temps égal avec recrudescence de la toux et des crachats et réapparition du point de côté.

La résolution se fit attendre. La température remonte à 39°2 et à la recherche d'une suppuration pulmonaire, on pratique un examen radioscopique qui montre au niveau des lobes moyen et inférieur du poumon droit trois ombres allongées à contours nets. La réaction de Bordet-Wassermann est positive. On commence alors un traitement à l'iodure qui est mal supporté et reste sans effet sur les ombres pulmonaires, lesquelles persistent sans modification.

Par la suite on institue un traitement mixte (novarsénobenzol et cyanure) qui donne un succès rapide.

Au point de vue clinique, on assiste à une disparition des signes physiques, comme au décours d'une pneumonie. A la radiographie, on voit s'estomper, puis disparaître complètement les trois images pulmonaires.

OBSERVATION IX

(JACOB)

(*Revue de la Tuberculose*, 1923, p. 540)

(Résumé)

Il s'agit d'un homme de 30 ans, vu en juin 1922 pour douleurs thoraciques, toussant et se plaignant de dyspnée d'effort.

A l'examen : aortite spécifique avec aorte uniformément dilatée et petits signes d'insuffisance ventriculaire gauche.

Réaction de Bordet-Wassermann positive.

Aux poumons, diminution du murmure dans tout l'hémithorax droit.

A l'écran et sur des clichés : hémidiaphragme droit surélevé et immobilisé avec oblitération du sinus ; marbrures assez discrètes disséminées sur le champ pulmonaire, plus serrées sous la clavicule où on distingue un petit foyer d'ombre peu opaque et non homogène ; un autre foyer d'ombre se voit en dehors près de la paroi axillaire, de forme grossièrement triangulaire.

Le malade reçut 12 injections de cyanure de mercure et trois de novarsénobenzol, sans que l'image radioscopique fut beaucoup modifiée.

OBSERVATION X

(GIUNTALI)

(*Gazzeta degli Ospedali e delle Cliniche*, 1929, n° 8)

Le sujet qui se présenta à notre observation entra à l'hôpital avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Mère morte d'une maladie de cœur. Père hémiplégi-

que depuis plusieurs années. Trois frères en bonne santé.
— Pas de fausse couche chez la mère.

Personnellement, pas de maladies dans l'enfance. A 20 ans, le malade eut une blenorrhagie et une ulcération de la verge qui disparut au bout d'une vingtaine de jours, sans s'accompagner d'adénite inguinale. A 26 ans, il se marie ; sa femme meurt quelques années après dans un asile d'une affection mentale indéterminée. Du mariage naquit une fille qui mourut à 12 ans d'une péritonite tuberculeuse, semble-t-il. Pas de fausses couches.

Il y a 6 ans environ, le malade vint à l'hôpital une première fois pour de la toux et fut envoyé dans une salle de tuberculeux pulmonaires. On ne fit pas de Wassermann. Après 40 jours d'hospitalisation, il sortit notablement amélioré. Le malade dit avoir eu les années suivantes, de temps à autre de la toux. Mais, ces dernières années, toux et expectoration avaient disparu. Récemment, le malade, chômeur et sans argent, fut obligé de loger dans une pièce froide et humide et de se nourrir très insuffisamment. Son état général déclina progressivement et le malade se décida à retourner à l'hôpital le 21 juin 1928.

Il se présente très amaigri, demi-comateux, la peau et les muqueuses pâles, le tissu adipeux sous-cutané très rare, la peau plissée. Pas d'œdème, pas de cyanose, pas de dyspnée, pas de toux ni aucun signe subjectif. Il existe seulement une grande asthénie. Pas de ganglions; température autour de 36°. Il existe un notable affaiblissement psychique. Les doigts des mains sont en baguettes de tambour comme dans l'ostéopathie hypertrophiante de P. Marie.

Au thorax on note un développement exagéré des espaces intercostaux ; les creux sus-claviculaires sont très marqués ; les mouvements respiratoires sont de fréquence et d'amplitude normales. A la palpation, la résistance thoracique est normale, pas de zone douloureuse ;

les vibrations vocales ne sont pas perçues. A la percussion, la sonorité est exagérée dans tout le champ pulmonaire, mais il existe de la submatité à droite en haut, près de la colonne.

A l'auscultation : emphysème diffus. A droite vers le haut, près de la colonne on entend des bouffées de râles fins inspiratoires.

A l'examen radiologique du thorax :

Le 22 juin, on note : mobilité diaphragmatique normale ; les sommets sont clairs, de grandeur normale, s'éclairant à l'inspiration et à la toux.

Dans le champ pulmonaire droit au niveau de l'insertion vertébrale des septième et huitième côtes, on note une ombre ronde, très dense, aux contours très irréguliers et flous. Le fond n'est pas uniforme, mais avec des parties plus denses et plus claires. — On dirait une zone moins éclairée, circonscrite, traversée de nombreuses travées. Quelques-unes de celles-ci sont très denses et se continuent en dehors de l'ombre dans le parenchyme pulmonaire. L'une d'elles, particulièrement dense, va rejoindre la surface du poumon en regard de l'aisselle. Une autre, très dense, se dirige verticalement du hile vers la partie inférieure, jusqu'à rejoindre la base du poumon. Dans ce parcours, elle traverse une autre ombre ronde située dans l'espace intercostal inférieur, semblable à la première décrite et ayant comme elle des contours flous avec des travées fibreuses rayonnantes.

Le fond de cette ombre n'est pas uniforme.

Le reste du parenchyme du poumon droit est normal.

A gauche, augmentation de l'ombre hilare avec péri-bronchite.

L'examen montre en outre que l'ombre décrite à droite est bien dans le parenchyme pulmonaire.

Appareil circulatoire : pouls petit à 76. Au cœur pas d'hypertrophie, mais bruits sourds et faibles à la pointe ; au foyer aortique, le premier bruit est couvert par un léger souffle.

Système nerveux : dépression psychique. — Les réflexes pupillaires existent; pas d'anisochorie.

Les réflexes abdominaux, crémastériens, rotuliens et plantaires sont abolis. Hypotonie musculaire évidente. Démarche légèrement ataxique. Talonnement très net. Le signe de Romberg est positif.

Appareil digestif : ventre flasque, non douloureux. Diarrhée fréquente.

Urines : examen négatif.

Réaction de Wassermann très positive, séro-réaction de Meinicke positive.

Le malade est soumis à un traitement très intense, iodo-mercuro-arsenical. L'examen des crachats ne put être fait, le malade ne toussant pas.

Deux mois après le début du traitement on note la disparition des bouffées de râles inspiratoires perçus à droite et en haut vers la colonne.

B.-W. le 24 août fortement positif; Meinicke négatif.

A un examen radiologique suivant (25 août 1928) :

On note que l'ombre ronde supérieure décrite dans le premier radiogramme a presque disparu; il existe encore dans cette zone des ombres trabéculaires dont la densité a notablement diminué; le gros trait qui s'étendait vers l'aisselle a presque disparu. On note encore la persistance, avec la même intensité du cordon qui se dirigeait en bas, mais l'ombre ronde inférieure n'est plus visible.

A gauche, les signes de péribronchite persistent.

Pendant ce temps, l'état général du malade s'est amélioré; il a repris l'appétit et ses selles sont normales.

Examen radiologique (25 octobre 1928) :

On note une presque totale disparition des ombres décrites. Seules quelques travées qui se disposent dans le coin inférieur du hile droit et se dirigent vers le diaphragme persistent. Leur intensité a aussi notablement diminué.

Résumé

En résumé, sujet se présentant avec un très mauvais état général qu'on peut attribuer, en partie à ses privations, ayant présenté, il y a 6 ans, un épisode pulmonaire traînant simulant la bacillose. L'examen clinique actuel révèle de la submatité à droite et en haut, avec quelques râles fins à l'auscultation. L'examen radioscopique met en évidence dans le champ pulmonaire deux ombres rondes, à contours irréguliers, non homogènes, parcourues par de nombreuses travées qui se continuaient dans le parenchyme, l'une se dirigeant du hile vers l'aisselle, l'autre du hile vers le diaphragme.

A la suite d'un traitement iodo-mercuro-arsenical intensif, on note, en même temps qu'une amélioration notable de l'état général et des troubles fonctionnels, une diminution notable (non une disparition complète) des ombres anormales constatées aux rayons X.

OBSERVATION XI

(A. FIORENTINI)

(*Il Policlinico, sezione medica*, année 1928)

C... A..., 34 ans, modiste, entrée à l'hôpital Saint-Giovanni in Latrano, le 20 janvier 1928.

Sa mère est morte à 34 ans d'une cardiopathie. La malade dit que sa mère n'a pas eu de fausses couches; père vivant et bien portant, un frère en bonne santé.

Pas d'antécédents collatéraux ou héréditaires tuberculeux.

Personnellement : réglée à 13 ans, la malade l'est depuis régulièrement. On ne retrouve pas à son interrogatoire d'affection digne d'être notée; en particulier, elle n'a jamais toussé. Elle jouit d'une excellente santé jusqu'en mai 1927, époque à laquelle, se trouvant dans une famille où il y avait des enfants atteints de coqueluche, elle contracta elle-même la maladie qui dura, chez elle, 2 mois; elle garda une toux résiduelle légère avec un peu de dyspnée, particulièrement quand elle monte les escaliers.

La malade n'attacha pas grosse importance à ce trouble et put continuer son travail régulièrement.

En décembre, elle présenta un réveil de cette toux avec expectoration abondante, respiration lente, de type asthmatiforme, ainsi qu'une fièvre modérée pendant deux jours. Ces troubles assez légers prirent en deux ou trois jours les caractères d'une dyspnée grave avec cyanose et accès paroxystiques qui survenaient le soir et cessaient le matin; on diagnostiqua une crise d'asthme ? Le 19 janvier, à la suite d'un surmenage, elle se mit à tousser, se plaignit de céphalées et dut s'aliter; la même nuit, elle fut très essoufflée, toussa et expectora beaucoup. Le matin suivant, les phénomènes persistant, bien qu'un peu atténués, la malade demande à entrer à l'hôpital.

A l'examen : l'état général n'est pas mauvais, l'appétit plutôt restreint. Il existe une cyanose des muqueuses et de la peau. A l'examen de l'appareil lymphatique, on trouve de petits ganglions durs, mobiles, indolents, dans la région cervicale; pas de ganglions épitrochléens. Pas d'œdème, pouls à 90, petit, régulier. — Dyspnée (32 R.), respiration bruyante, avec expiration prolongée; la langue n'est pas saburrale; rien d'anormal à la gorge.

Le thorax est symétrique. A la percussion : son tympanique sur toute l'aire pulmonaire aussi bien en avant qu'en arrière. A l'auscultation : ronchus et sibilances diffuses, plus nombreux à droite où l'on entend en outre

quelques râles à bulles moyennes et fines. Il existe un emphysème évident.

L'abdomen est de forme normale, plutôt creux, souple et indolore ; le foie et la rate ne sont pas hypertrophiés.

Système nerveux : examen complètement négatif.

Urines : traces d'albumine, pas de sucre.

La malade, à son entrée à l'hôpital, présentait une toux discrète et une expectoration muqueuse peu abondante ; peu de fièvre ; cet état se maintint pendant 4 jours durant lesquels on lui administra des calmants et des expectorants. — Au cinquième jour, l'état s'aggrava ; apparition de dyspnée, de catarrhe bronchique diffus avec cyanose discrète. La crise de dyspnée fut calmée par une injection de « asmoganglina » (hypophyse, adrénaline?) mais la nuit et le matin suivant, aggravation notable avec cyanose plus intense, toux caverneuse, difficulté d'expectoration, pouls à 120.

On note que le cœur déborde à droite d'environ deux doigts le bord du sternum.

Pouls très faible, presque imperceptible.

On pratique une injection intraveineuse de un demi-milligramme d'ouabaïne. Le 27, la malade va mieux : la dyspnée et la cyanose ont diminué, le pouls est à 140, faible avec un peu d'arythmie. Les signes de bronchite diffuse persistent avec des râles à petites bulles et des ronchus et sibilances. La toux est moins violente et laisse quelque répit à la malade.

L'examen de l'expectoration à trois reprises ne montra pas de bacille de Koch. On note en outre l'absence de cellules éosinophiles et de cristaux. La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

A l'examen du sang : globules rouges : 4.500.000. Globules blancs : 6.400. — Hémoglobine : 90. — Valeur globulaire : 1. Formule leucocytaire : neutrophiles : 66. Eosinophiles : 3.

Formes de transition : 2. Lymphocytes : 20.

Tension artérielle : 140/90 (Pachon).

28 janvier : réaction de Wassermann et Ménicke, nettement positives. La ponction lombaire ne donne pas de renseignement.

Radiographie du thorax : 20 janvier 1928. Poumon droit : sommet très voilé avec des marbrures. Ombres hilaires très marquées avec des travées se dirigeant en haut et en bas, le long de l'espace interscapulo-vertébral. Opacité intense et inégale de la base, masquant les contours du diaphragme.

Poumon gauche : le champ pulmonaire est plus net; quelques marbrures dans l'espace interscapulo-vertébral; ombre hilaire accentuée.

A peine a-t-on reçu la réponse du Bordet-Wassermann qu'on commence un traitement par des injections quotidiennes de biodure de mercure, avec en plus une injection intraveineuse de néosalvarsan par semaine.

La malade reste encore dyspnéique jusqu'au 2 février puis son état s'améliore lentement et progressivement. La dyspnée s'atténue, la toux se calme, l'expectoration devient moins abondante; le cœur reprend ses limites normales. Seuls persistent les signes de bronchite.

A la fin de février, l'état général s'est beaucoup amélioré; la malade ne tousse plus et n'expectore plus que rarement des mucosités; l'auscultation du thorax montre encore des signes de bronchite.

Au cours de la maladie, la patiente est restée apyrétique; elle n'a eu que 38°1 pendant 24 heures après la première injection de néosalvarsan.

Deuxième radiographie du thorax (29 février 1928). Au poumon droit, notable éclaircissement du sommet et de l'espace interscapulo-vertébral. Les ombres du hile se voient encore. A la base, on ne voit plus aucune ombre; les contours du diaphragme sont nets et réguliers. On observe une travée horizontale, partant à mi-hauteur de l'ombre hilaire et rejoignant la limite latérale du thorax

(cette travée est assez visible sur la première radiographie).

Au poumon gauche : ombre hilare toujours très accentuée. On voit encore des ganglions calcifiés dans la moitié inférieure du champ.

L'examen ophtalmologique et l'examen laryngologique sont négatifs.

Diagnostic clinique : syphilis; broncho-pneumonie syphilitique. Insuffisance aiguë du cœur droit.

Résumé

En résumé, il s'agit d'une jeune femme de 34 ans, ayant gardé une toux résiduelle et un peu de dyspnée depuis une coqueluche, qui se remet à tousser et à cracher abondamment, à présenter une respiration asthmatiforme, laquelle, en deux ou trois jours, prend le type d'une dyspnée grave avec accès paroxystiques nocturnes accompagnés de cyanose.

On constate à l'examen une tachycardie à 140 avec un peu d'arythmie. L'auscultation révèle surtout des signes de bronchite diffuse et d'emphysème. Mais l'examen radioscopique montre, outre des hiles très chargés, un aspect voilé et marbré du sommet droit et surtout une opacité irrégulière et intense de la base droite. La réaction de Bordet-Wassermann est nettement positive.

Le traitement spécifique améliore progressivement la malade, et à la radioscopie, on constate la disparition des ombres apicale et basale droites. Il ne persiste plus que des hiles très chargés.

OBSERVATION XII

(A. FIORENTINI)

(Il Policlinico, sezione medica, année 1928)

S... A..., 64 ans, ménagère, mariée. La malade a eu une fausse couche au troisième mois ; elle a trois enfants vivants et en bonne santé. Elle a contracté une syphilis conjugale et fut envoyée à l'hôpital San Gallicano pour gommès multiples ; elle subit un traitement antisyphtique par le biodure et le néosalvarsan.

Après deux mois environ, apparaît une toux, une expectoration peu abondante, une dyspnée légère à l'effort et un léger œdème malléolaire le soir. De tels troubles allèrent en augmentant et ces derniers jours, la dyspnée s'accrut, apparaissant au plus petit effort, s'accompagnant de cyanose et d'œdème généralisés, aux membres inférieurs et à l'abdomen ; pas de fièvre.

A l'examen : état général grave avec cyanose intense de la figure et des mains. Œdèmes aux membres inférieurs, à la moitié inférieure de l'abdomen, et aux membres supérieurs.

La malade est demi-assise sur son lit ; elle présente des cicatrices de gommès fistulisées au front, et à l'avant-bras gauche.

Pouls à 120, régulier et plutôt petit.

Dyspnée intense. Température normale.

Thorax emphysémateux et symétrique. Sommets de hauteurs égales ; bases peu mobiles.

Sonorité normale dans toute l'aire pulmonaire ; ronchus et sibilances diffuses avec quelques râles peu nombreux à petites bulles vers la base droite.

Cœur et vaisseaux : jugulaires turgescentes par stase veineuse, avec battements exagérés ; le cœur déborde à droite d'environ trois doigts le bord du sternum. Sa pointe est dans le cinquième espace. Les bruits sont sourds.

Le deuxième bruit pulmonaire est vibrant; pas d'extra-systoles ni de souffles.

L'abdomen est volumineux; il existe des battements épigastriques. Légère ascite libre; le foie déborde de trois doigts le rebord costal; la rate n'est pas palpable.

Urines : traces d'albumine. Quelques cylindres hyalins; pas de sucre.

Expectoration : pas de bacille de Koch.

Sang : globules rouges : 7.600.000.

Globules blancs : 8.000.

Hémoglobine : 90.

Réaction de Wassermann : négative.

Le 23 avril 1926: Examen radioscopique :

Cœur très gros, pointe dans le cinquième espace très près de la paroi thoracique. En regard de la région sus-hilaire gauche on voit un foyer de condensation pulmonaire près duquel est visible un ganglion calcifié.

La malade entrée à l'hôpital le 16 avril 1926, avec une dyspnée et une cyanose intenses et des œdèmes diffus, présentent une toux très fréquente avec expectoration rare, sans fièvre. On pratique une saignée de 300 cmc. et la malade prit de la digitale et de la théobromine. Après 3 jours, l'état est un peu amélioré: diminution de la cyanose et des œdèmes, augmentation progressive de la diurèse.

Le 18 avril on commence un traitement par des injections quotidiennes de biodure de mercure; 15 jours après, la malade est notablement améliorée.

Le cœur droit déborde à peine le bord du sternum, la cyanose et les œdèmes ont disparu.

La malade part le 14 mai 1926 dans l'intention de reprendre ses occupations habituelles.

Diagnostic clinique : syphilis pulmonaire à forme broncho-pneumonique du lobe supérieur gauche, insuffisance aiguë du cœur droit.

Résumé

Femme de 64 ans, syphilitique certaine.

Deux mois après un traitement spécifique, apparition de dyspnée intense et de toux fréquente. Œdème malléolaire le soir ; en quelques jours s'installe une scène de défaillance cardiaque aiguë avec cyanose.

Gros débord des cavités droites. Hyperglobulie.

A l'examen radioscopique : très gros cœur ; foyer de condensation dans la région sus-hilaire gauche.

Guérison rapide par le traitement mercuriel.

OBSERVATION XIII

(HOWARD)

(*American Journal of Syphilis*, 1924, p. 12)

S... J..., homme âgé de 71 ans, charpentier, entre à la clinique le 16 juin 1921. Il nie toute syphilis acquise. Sa femme est morte à 60 ans, après une amputation pour ulcère de jambe. Il a eu 2 enfants dont un est mort à 31 ans de tuberculose pulmonaire.

L'affection actuelle a débuté en août 1920, par une gomme sous-cutanée de la cuisse gauche, suivie peu après par une autre plus volumineuse au niveau de la jambe gache. Le malade n'a pas eu de fièvre mais accuse un amaigrissement de 15 à 20 livres.

A l'examen : inégalité pupillaire, adénopathie modérée généralisée ; gros cœur avec athérome aortique ; râles humides aux deux lobes inférieurs ; foie hypertrophié et irrégulier, rate palpable ; atrophie testiculaire bilatérale ; large ulcération sur la jambe gauche.

Anémie modérée (3.410.000 gl. r.). Leucocytose légère. B.-W. dans le sang très positif.

Périostite tibiale légère.

On fait immédiatement un traitement spécifique; malgré cela il se plaint bientôt de crampes douloureuses à l'hypocondre droit et on voit apparaître un ictère.

L'examen radioscopique de la cage thoracique montre une ombre très dense à la base droite, ressemblant à un épanchement, effaçant complètement les contours du diaphragme.

Le cœur est déplacé vers la gauche.

L'examen clinique révèle une diminution du murmure à la base droite en avant et en arrière.

Peu à peu s'installa de la toux, de la dyspnée avec tachypnée, de l'œdème de la cage thoracique et de la cyanose.

Le traitement spécifique fut mené avec vigueur, et l'on vit décroître la douleur abdominale et les signes thoraciques.

Le 15 janvier, le malade avait reçu 7 piqûres intra-veineuses de diarsénol (3 gr. 6 en tout), 165 frictions mercurielles et une forte dose d'iodure de potassium par la bouche.

En dépit de ce traitement intense, la toux s'accroît et les signes pulmonaires devinrent bilatéraux.

La fièvre n'apparut que 36 heures avant la mort. Albumine et cylindres dans les urines depuis le milieu de septembre.

Autopsie :

Gommes du poumon, du foie, de la rate, des parties molles des membres ; broncho-pneumonie, bronchectasies emphysème et œdème du poumon. — Néphrite infectieuse légère.

Les cavités pleurales présentent de nombreuses brides et des exsudats fibrineux surtout à droite. La base du poumon droit est fortement adhérente au diaphragme.

La base du poumon gauche est le siège d'une congestion banale.

Le poumon droit est nettement plus lourd que le gauche et sa partie inférieure contient, dans la région adhérente au diaphragme, une masse de la grosseur d'une petite orange, ferme, irrégulière et très dense. Le reste du poumon crépite et ne montre pas d'hépatisation, ni de tubercules. A la coupe la tumeur de couleur gris-brun est formée de petites masses irrégulières d'un tissu fibreux dense, entre lesquelles il existe peu de tissu pulmonaire sain ; le centre de ces masses est ramolli, mais ne rappelle en rien les lésions tuberculeuses.

Microscopiquement de nombreux alvéoles sont distendus, d'autres sont remplis d'un tissu granuleux. Quelques bronchioles sont dilatées et remplies de leucocytes polynucléaires. Il existe une augmentation considérable du tissu fibreux avec disparition des images pulmonaires normales. En un point on voit une grande plage nécrotique sur le bord de laquelle on trouve une cellule géante, mais sans aucun indice de tuberculose. Un vaisseau a sa lumière complètement oblitérée. Il existe un nombre considérable de pigments anthracosiques dans le tissu fibreux entourant les points nécrosés. On ne voit pas de spirochète pallidà par la méthode de Levaditis.

Foie considérablement hypertrophié (1.680 gr.), de même que la rate (550 gr.) et les reins (265 gr.), l'examen microscopique confirma le diagnostic macroscopique ; nulle part aucune présomption en faveur de la bacilliose.

En résumé : Il s'agissait d'un malade de 71 ans qui vient consulter pour des gommes cutanées et chez qui apparurent, au cours du traitement spécifique institué, des douleurs abdominales et de l'ictère.

L'examen radioscopique révéla l'existence d'une

ombre opaque intense de la base droite, semblable à un épanchement pleural. La mort survint malgré un traitement intensif et l'autopsie révéla la présence de gommès multiples (foie, rate, tissus) et à la base du poumon droit une tumeur assez volumineuse formée par un amas de gommès en grande partie ramollies.

OBSERVATION XIV

(JACOB)

(*Revue de la Tuberculose*, 1923, page 540)

Il s'agit d'une femme de 50 ans. Rien à signaler dans ses antécédents personnels ; elle s'est bien portée jusqu'en septembre 1922, époque à laquelle elle eut une hémoptysie. Rétablissement complet en apparence jusqu'en décembre 1922 ; à ce moment, nouvelle hémoptysie au moment des règles.

La malade tousse très peu, accuse un peu de dyspnée et des douleurs thoraciques vagues, ne crache pas (un seul crachat après administration d'iodure de potassium, ne contenant pas de bacille de Koch), état général satisfaisant, pas de fièvre.

A l'auscultation : à la base droite, submatité, diminution du murmure, gros râles humides bulleux. Partout ailleurs, murmure normal.

A la radioscopie : A droite, base légèrement assombrie, couverte de petites taches fines presque confluentes ; diminution de l'expansion de l'hémidiaphragme droit avec oblitération partielle du cul-de-sac costo-diaphragmatique correspondant. Contre le bord droit de l'ombre cardiaque, tout contre le hile auquel elle semble reliée par une image bronchique visible, on remarque une pe-

tite image bullaire, de 3 cm. de diamètre environ, plus petite en position extérieure qu'en position antérieure.

Un examen ultérieur a permis de voir à la partie inférieure de cette petite image cavitaire un niveau liquide horizontal.

Rien de tout cela ne permettait d'éliminer la bacillose, mais en janvier 1923 la malade vint à la visite avec sa fille de 22 ans présentant un facies typique d'hérédosyphilis, avec cicatrices de kératite interstitielle de l'enfance, cicatrices rayonnantes péribuccales, dents d'Hutchinson. Un médecin l'avait traitée dans l'enfance, et la mère se souvint avoir subi un traitement spécifique à ce moment.

Malgré une réaction de Bordet-Wassermann négative, on institua un traitement au cyanure puis au novarséno-benzol. La rétrocession des signes cliniques et radiologiques ne fut pas immédiate.

Cependant après la série de novarséno-benzol, l'image cavitaire était remplacée par une petite ombre arrondie et homogène.

Actuellement, après une nouvelle série d'injections, la transparence de la base droite est à peu près normale ; l'image bullaire a disparu.

Résumé

Femme de 50 ans, dont la fille présente des signes nets d'hérédosyphilis. A l'examen radioscopique, on découvre à la base droite de petites taches fines et confluentes, avec contre le bord droit du cœur une petite image bulbaire. A la suite du traitement spécifique, la base droite reprend sa transparence à peu près normale et l'image bulbaire n'existe plus.

OBSERVATION XV

(VITTORIO LUBICH)

(*Rinascenza Medica*, 1^{er} juin 1929)

Cette observation a trait à un homme de 45 ans qui présentait une expectoration abondante, mais non bacillifère.

L'examen clinique indiquait l'existence d'une zone de cortico-pleurite extériorisant une lésion plus profonde. Cette dernière était, en effet, mise en évidence par l'exploration radiologique, sous la forme d'une image cavitaires, voisine du hile gauche, sans aucun autre signe d'altération du parenchyme ambiant.

Comme il s'agissait d'un syphilitique avéré, avec une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang, un traitement antisyphilitique fut institué et, de même que dans le cas de Jacob, il permit de confirmer le diagnostic de gomme ulcérée du poumon en déterminant rapidement le nettoyage radiologique de la lésion, et la disparition des symptômes cliniques.

OBSERVATION XVI

(C P. HOWARD)

(*American journal of syphilis*, 1924, page 1)

L. F..., âgée de 52 ans.

Dans ses antécédents collatéraux, rien à signaler si ce n'est qu'une de ses sœurs est morte « d'asthme ». — Personnellement elle nie la syphilis ; elle a eu les maladies éruptives de l'enfance ; elle se dit très sujette aux bronchites ; à 17 ans, elle eut une pneumonie sans complications.

L'affection actuelle a débuté en novembre 1921 ; à cette époque apparurent des tuméfactions articulaires au niveau du 5^e métacarpien, puis des genoux droit et gauche. Pendant l'hiver persistance de sa bronchite habituelle, avec une expectoration un peu colorée. En juillet toutes ses articulations sont un peu oedématiées et douloureuses, et graduellement, la malade perd du poids (115 livres 86).

Elle entre à l'hôpital, estimant ne pas avoir besoin de repos et avec l'intention de ne pas rester couchée.

A l'examen : Femme amaigrie au teint terreux ; pupilles dilatées et ne réagissant pas à l'accommodation et à la lumière, voûte nasale affaissée ; muqueuse buccale présentant de nombreuses taches pigmentaires ; pas de perforation de la cloison ni de la voûte palatine ; hypertrophie diffuse des ganglions lymphatiques ; doigts légèrement hippocratiques.

Thorax étroit, expansion faible mais égale des deux côtés ; vibrations vocales augmentées au sommet gauche en avant et en arrière ; matité à la percussion au sommet gauche et à la partie moyenne du poumon gauche, en arrière ; en avant, submatité du sommet à la 3^e côte. Hypersonorité du poumon droit. — Le murmure est lointain et rude aux deux bases ; râles sous-crépitants sur tout l'hémithorax gauche en arrière, et à droite sur une faible étendue ; pas de retentissement de la toux ni de pectoriloquiphonie.

Le cœur déborde à gauche, les bruits sont lointains, pas de souffle. Tension artérielle : 130/75.

Pas d'hypertrophie du foie et de la rate. Gonflement des articulations du médius droit et de l'index et atrophie bilatérale des muscles intrinsèques de la main ; poignet droit gros mais sans limitation des mouvements.

Taches pigmentaires sur les bras et les mains. Rien à signaler dans les urines. Légère leucocytose sanguine (10800) sans anémie.

Réaction de B.-W. fortement positive (4 examens).

La radiographie de la cage thoracique montre que les deux poumons sont criblés d'ombres, particulièrement sur le lobe inférieur droit. Dans certaines régions on peut voir des taches claires ressemblant à des cavités ; l'une d'elles mesure 3 centimètres. Les sommets sont les parties les plus claires du poumon.

Expectoration modérée et verdâtre, sans fibres élastiques ni B. K. (21 examens).

On institua un traitement spécifique consistant en injections de mercure et administration d'iode de potassium à doses progressives.

Pendant 31 jours d'observation, fièvre légère, irrégulière. Pouls constamment rapide. — Bien que les signes physiques fussent peu modifiés, la malade gagna 3 livres et se sentit si améliorée qu'elle demanda à partir chez elle.

Le diagnostic porté fut : phtisie vénérienne, fibrose pulmonaire avec ulcérations ; syphilis cutanée tertiaire ; carie nasale ; ostéo-arthrites.

Résumé

En résumé : Femme de 52 ans ; tousseuse habituelle chez qui sont apparues, en 1921, des manifestations articulaires peut être syphilitiques.

A l'examen, très mauvais état général ; affaissement de la voûte nasale, hypertrophie diffuse des ganglions lymphatiques.

Signes pulmonaires diffus, mais prédominants à gauche (signes de bronchite, râles sous-crépitaux).

A la radioscopie, poumons criblés par des ombres au sein desquelles on aperçoit des cavités.

Absence de bacilles de Koch. Réaction de Wassermann très positive.

Heureuse influence du traitement spécifique sans modification importante des signes physiques.

Cette observation paraîtra assez probante si l'on considère que les cas d'association : tuberculose-syphilis améliorés par le traitement d'une façon aussi nette ne s'observent guère en pratique.

OBSERVATION XVII

(HOWARD)

(*American Journal of Syphilis*, 1924, page 24)

G. V. H..., homme de 54 ans, venant consulter pour difficulté de la marche, troubles de la miction et diplopie.

Rien à signaler dans ses antécédents familiaux.

Personnellement, chancre anal à 34 ans, qui resta sans traitement.

Scarlatine et diphtérie dans l'enfance.

A 27 ans, pneumonie grave qui maintient le malade 2 mois au lit, suivie d'une rechute qui l'immobilisa pendant le même temps.

Depuis il accuse de la dyspnée d'effort.

A 30 ans, il eut une hémoptysie suivie pendant quelques mois de crachats teintés de sang.

Ces dernières années, attaques fréquentes de bronchite, mais sans fièvre, ni sueurs nocturnes.

A 39 ans, il présente de la dyspnée et de l'œdème des membres inférieurs. A 34 ans, diplopie et difficulté à marcher la nuit, et au même moment vertiges pendant la journée.

Les troubles de la miction débutèrent en mars 1921 et,

en octobre, l'incontinence était complète. Les troubles de la marche devinrent de plus en plus prononcés.

Examen : décembre 1921.

Etat général satisfaisant ; la dyspnée est notable avec inspiration sifflante ; aplatissement de l'hémithorax gauche. Vibrations vocales augmentées en arrière et à gauche ; respiration soufflante dans la région interscapulaire gauche ; râles sonores et crépitants sur tout le côté gauche avec quelques râles consonnants ; en outre broncophonie et pectoriloquiaphone. — Matité à la percussion de tout le côté gauche.

Cœur élargi aussi bien à droite qu'à gauche ; bruits normaux.

Tension artérielle : 120/70 ; foie et rate non hypertrophiés ; pouls à 84.

Examen neurologique : Pupilles irrégulières, réflexes tendineux des membres inférieurs abolis. Tremblement des lèvres et de la langue.

Signe de Romberg positif.

Choroïdite et labyrinthite syphilitiques.

Trace d'albumine dans les urines avec quelques cylindres hyalins et granuleux.

Légère anémie ; réaction de Bordet-Wassermann négative dans le sang.

Dans le liquide céphalo-rachidien : 7 cellules Noguchi positif ; Bordet-Wassermann négatif.

A 7 examens de crachats, pas de bacille de Koch, ni de fibres élastiques.

Des radiographies du thorax montrèrent une clarté inaccoutumée du poumon droit ; quant au poumon gauche, il est tout entier occupé par une ombre dense avec quelques zones claires irrégulières faisant penser à des cavernes.

La première impression fut que ces signes pulmonaires étaient ceux d'une tuberculose chronique ulcéro-fibreuse avec cavernes probables et pachypleurite. Mais on s'é-

tonna de la stricte unilatéralité, de l'absence de bacille de Koch, avec des lésions aussi importantes, et de la discordance entre des lésions aussi accentuées et l'état général très satisfaisant du sujet.

On lui pratique un traitement spécifique (iodure de potassium, mercure, diarsénol).

Deux ans après, *le malade est vivant* et en bonne santé.

Résumé

En résumé : Homme de 54 ans, ancien syphilitique (chancre anal à 34 ans).

Pneumonie et hémoptysie dans ses antécédents. Vient consulter pour dyspnée.

A l'auscultation, râles et souffle au niveau du poumon gauche avec matité à la percussion.

En outre, signes de tabès.

L'examen radioscopique met en évidence une ombre dense avec quelques parties claires, occupant tout le poumon gauche.

Le traitement spécifique parut améliorer le malade.

OBSERVATION XVIII

(SERGENT et BENDA)

(*Paris Médical*, 15 février 1930, page 157)

Gomme solitaire parahilaire gauche et gomme cervicale droite

Mme Pet..., âgée de 49 ans, entre à la Charité, le 30 novembre 1927, pour une tuméfaction à contours bien ar-

rêtés siégeant à la partie moyenne de la région cervicale droite.

L'interrogatoire apprend, en outre, qu'elle a été opérée il y a dix-huit ans, pour une tumeur non douloureuse de la face antéro-interne du tibia gauche, ayant évolué en dix ans.

Il y a une dizaine d'années, la malade a souffert d'une céphalée persistante et très intense, ayant conduit à pratiquer une ponction lombaire dont les résultats restent ignorés.

Un an avant son entrée à l'hôpital, elle a ressenti dans le bras droit, puis dans le bras gauche et la jambe gauche, des douleurs très marquées, évoquant l'idée de douleurs fulgurantes.

En mai 1927, débute la tuméfaction cervicale droite qui augmente peu à peu et devient rouge.

Au moment de l'entrée, en novembre 1927, on note la présence d'une tuméfaction cervicale droite, siégeant exactement en arrière du sterno-cléido-mastoïdien, à trois travers de doigt au-dessous de la mastoïde.

Il s'agit d'une tuméfaction dure dans son ensemble et résistant à la pression, sauf en son centre, qui est nettement fluctuant.

Elle est rouge et adhère aux plans profonds.

On retrouve, d'autre part, à la face antéro-interne du tibia, la cicatrice de l'ancienne tuméfaction, opérée il y a dix-huit ans. Cette cicatrice a contracté des rapports intimes avec la surface osseuse sous-jacente, qui est elle-même vallonnée et irrégulière. Ce détail indique bien la participation de l'os à ce processus ancien.

L'examen du cœur fait reconnaître des signes d'aortite (clangor du deuxième bruit, souffle systolique de la base) avec une tension artérielle de 15-8, au Vaquez.

Il n'y a pas d'autres stigmates de spécificité, mais la réaction de Bordet-Wassermann, dans le sang, est très fortement positive.

Du point de vue pulmonaire, le malade tousse et crache abondamment. L'examen stéthacoustique ne permet de reconnaître que des signes de bronchite banale, mais l'examen radiologique fait découvrir, à un travers de doigt de l'ombre hilare gauche, une image obronde et homogène.

En somme, les anamnestiques, les signes d'aortite, les caractères de la tuméfaction cervicale, conduisent à penser à une adénite cervicale gommeuse et à une gomme solitaire du poumon, cette première impression étant du reste confirmée par les résultats de l'examen sérologique.

Le traitement spécifique est institué et l'on voit peu à peu s'affaïsser la gomme cervicale, en même temps que disparaît progressivement la gomme para-hilaire gauche. Plusieurs radiographies échelonnées sur deux années ont permis de suivre les modifications de l'image obronde sous l'influence du traitement. Sur la dernière radiographie, il n'existe pas de trace visible de l'ancienne image nodulaire hilare gauche et s'est à peine si l'on peut noter un peu d'exagération du chevelu parahilaire. Quant à la gomme cervicale on n'en retrouve en décembre 1929 qu'un vestige des plus réduits sous la forme d'un petit noyau induré calcifié.

CHAPITRE IV

Considérations cliniques

Dans les différentes observations rapportées ci-dessus, la symptomatologie est des plus variables. Ces symptômes nous paraissent toutefois pouvoir être groupés sous plusieurs chefs.

I. — *Les modes de débuts*

Très rarement il est brutal, saisissant un malade en pleine santé, sans prodromes. Tel est le cas cependant de l'observation de M. Merklen (observation VIII) qui diffère d'ailleurs en bien des points de l'ensemble des observations que nous avons pu rapporter ou lire. Habituellement, en effet, le malade se présente comme un « pulmonaire » récent ou ancien.

Dans notre observation II le malade a présenté autrefois une congestion pulmonaire, puis une bronchite 5 ans plus tard ; il tousse depuis cette époque et il est amené pour des symptômes à allure subaiguë ayant entraîné une dyspnée intense.

Dans l'observation V c'est une pneumopathie trai-

nante survenue 2 ans auparavant qui laissa de la toux et une expectoration abondante. Dans l'observation VI on note deux épisodes pulmonaires aigus dans les antécédents du malade.

C'est dire que le « syphilome du poumon » apparaît souvent sur un organe déjà marqué anatomiquement par la syphilis (si toutefois on admet comme syphilitiques ces poussées congestives constatées si fréquemment au cours des pneumopathies syphilitiques, notamment dans la dilatation des bronches).

Ajoutons encore que l'apparition de telles manifestations pulmonaires coexiste souvent avec l'apparition de gommes cutanées ou osseuses, ou de tout autre accident spécifique.

II — *Les aspects cliniques*

A. — LE TABLEAU DE LA PHTISIE VÉNÉRIENNE des anciens auteurs se retrouve dans nombre de nos observations à un degré plus ou moins marqué.

L'observation I de M. Roubier en est un exemple typique.

Le malade présente tous les signes fonctionnels d'un grand cavitare.

L'amaigrissement est dans tous les cas considérable (7 kgs en 2 mois, observation I ; 5 kgs, observation III ; 20 kgs en un an, observation IV ; 20 kgs en quelques mois, observation V). Dans l'observation II, il s'agit d'une femme très amaigrie, dont le panicule adipeux a presque disparu, etc...

La toux est très fréquente, souvent quinteuse et émétisante (observations III et IV), l'expectoration abondante, sans odeur, rarement striée de sang.

Parfois il existe des sueurs nocturnes comme dans la bacillose.

La fièvre est un élément variable ; toutefois en dehors des poussées aiguës, elle paraît être assez modérée et même inexistante dans certains cas.

Mais ces signes fonctionnels disparaissent rapidement par le traitement. Dans notre observation I, on a pu parler de résurrection. Nous retrouvons ce fait dans les observations suivantes. On assiste à une disparition de la toux, de l'expectoration et de la fièvre avec reprise de poids rapide (observations III, VI et VIII). Dans l'observation IV une seule injection de 606 suffit à amener une transformation de l'état général.

B. — Dans d'autres cas, on a tout à fait le tableau clinique d'une COMPRESSION MÉDIASTINALE.

L'observation IV est très significative sous ce rapport. Le malade présentait des accès de suffocation au moindre effort et du cornage.

Balzer et Raymond ont observé des cas semblables : chez un sujet n'ayant eu que du cornage et du tirage on trouva, à l'autopsie, une adénopathie scléro-gommeuse des ganglions trachéo-bronchiques avec syphilome scléreux broncho-pulmonaire ; chez un autre ayant présenté les mêmes signes, une adénopathie spécifique péribronchique avec rétrécissement de la trachée et compression du récurrent droit.

Dans l'observation XII, il existait même de l'œdème thoracique.

Signalons aussi les caractères de la toux qui parfois est quinteuse, du type coqueluchoïde, notamment à la période de début de l'affection.

Quant à la tachycardie, nous avons pu la trouver 3 fois sur nos 18 observations (observations VI, XI et XII).

(Pouls respectivement à 110, 140, 120, en discordance avec la température.) Dans l'observation VII, l'état du cœur peut l'expliquer. Dans l'observation VI, elle existe en dehors de tout autre signe de compression médiastinale. Dans l'observation XII, elle accompagne une dyspnée intense avec cyanose.

La dyspnée avec accès paroxytiques à prédominance nocturne est signalée dans les observations II, IV, V, XI en dehors de toute cause cardiaque.

C. — DANS CERTAINS CAS LA DYSPNÉE ET LA CYANOSE ACCOMPAGNÉES PARFOIS D'UN ÉTAT FÉBRILE FONT SONGER A UNE GRANULIE.

Nous avons pu, en effet, au cours de nos recherches dans la littérature médicale étrangère, trouver des cas absolument superposables à ceux cités dans la thèse de R. Monnier.

Nous avons rapporté intégralement l'observation V prise dans cette thèse.

L'observation XI est aussi très démonstrative ; on y

retrouve tous les caractères « des poussées aiguës cyanosantes de la syphilis pulmonaire ».

Nous faisons remarquer que « la coqueluche » de cette maladie n'était probablement que la traduction d'une compression médiastinale. Quoiqu'il en soit, alors que les phénomènes pulmonaires subissaient une recrudescence, on vit apparaître, brusquement, une dyspnée grave, avec accès paroxystiques et cyanose des muqueuses et de la peau. Ces phénomènes cédèrent avec le traitement spécifique.

L'observation XII est non moins démonstrative. Ici l'insuffisance du cœur domine la scène, mais il est curieux de constater une si rapide rétrocession d'un état de défaillance cardiaque aussi prononcée.

Dans le cas rapporté par Howard (observation XIII) le malade est un vieillard de 71 ans ; l'influence du traitement sur la cyanose et la dyspnée, ainsi que les constatations anatomo-pathologiques sont des arguments suffisants pour conserver à cette observation toute sa valeur.

Fiorentini rapporte également le cas d'une jeune femme de 19 ans qui se plaignait de toux avec expectoration purulente, de dyspnée légère, d'œdème malléolaire, chez laquelle apparut une dyspnée intense avec cyanose du visage. La radioscopie montrait une forte augmentation bilatérale de l'ombre hilaire avec condensation environnante, spécialement à droite. Cet état fut amélioré par le traitement spécifique (le B.-W. était positif, il existait de petits ganglions durs, mobiles, généralisés).

III. — *Les signes thoraciques*

La douleur paraît être un symptôme assez fréquent, soit sous la forme du point de côté apparaissant en même temps que les autres manifestations (toux, dyspnée), ou bien sous la forme d'une sensation de gêne thoracique ou de douleur sourde.

Pour ce qui est des signes physiques, nous pourrions énumérer tous ceux que comporte la séméiologie pulmonaire, avec toutes les combinaisons possibles.

Cependant ils ont un caractère :

Ils ne traduisent pas l'importance de la lésion ; une ombre radioscopique volumineuse n'est traduite par aucun signe physique ; ou bien, alors que les râles sont plus nombreux d'un côté, le maximum des lésions à la radioscopie se trouve au niveau de l'hémi-thorax opposé, etc...

Ces signes sont beaucoup plus souvent constatés au niveau du poumon droit, à sa partie moyenne et à sa base.

On peut tout voir, depuis les signes les plus discrets jusqu'à ceux d'une condensation étendue avec matité importante, râles plus ou moins nombreux, souffle.

Les râles sont de tous calibres : râles fins congestifs, râles sous-crépitants, gargouillements.

Dans certains cas il n'existe que des signes de bronchite banale.

On peut aussi entendre des frottements pleuraux.

En somme, rien de pathognomonique.

Nous résumerons ces considérations cliniques de la façon suivante :

Le syphilome du poumon, ni dans sa symptomatologie, ni dans ses aspects cliniques, ne possède de signes propres.

Il simule la tuberculose sous toutes ses formes (notamment la phtisie et la granulie ; il peut s'accompagner de compression des organes du médiastin, comme toute tumeur développée dans cette région.

Sa symptomatologie est des plus variables en même temps que des plus déroutantes.

CHAPITRE V

Etude radiologique

L'examen radiologique va-t-il nous donner des précisions ? Allons-nous trouver à l'écran une symptomatologie caractéristique du syphilome du poumon ?

1° Dans l'observation I (de M. Roubier), alors qu'aucun signe n'attirait l'attention sur l'hémithorax droit, on découvrit une lésion extrêmement importante, occupant toute la région juxta-hilaire inférieure droite : c'était une zone opaque, vaguement arrondie, mais à contours assez irréguliers, n'atteignant pas la ligne axillaire, ni non plus la coupole diaphragmatique dont la séparait une mince zone claire. Son opacité n'était pas homogène, avec des parties plus opaques, notamment à la périphérie.

Un traitement intensif fit diminuer notablement l'opacité de l'ombre et quelques mois après on ne constatait plus qu'une zone voilée, floue, à contours indécis.

Dans l'observation II (Lecaplain), il existait une large bande sombre, s'étendant horizontalement du cœur à la paroi thoracique, assez limitée en haut et

en bas, contenant trois nodules plus opaques. A la suite du traitement, l'ombre s'estompa, mais les nodules étaient encore visibles.

Dans l'observation III (Lecaplain), la masse sombre est triangulaire, à base médiastinale, n'atteignant pas la paroi en dehors ; les contours en sont polycycliques. La régression sous l'influence du traitement s'est faite de la périphérie vers le centre.

Dans l'observation IV (Bensaude et Emery) l'ombre occupe la partie inférieure du champ pulmonaire, elle est triangulaire, à base hilaire également ; son opacité n'est pas homogène, mais les zones plus foncées ne sont pas nettement arrondies. Sous l'influence du traitement, elle diminue d'opacité, mais à la suite d'une nouvelle rechute on voit apparaître, au sein de la masse opaque, des stries divergentes et des arborisations qui n'existaient pas auparavant. Un an après il ne persistait que des ombres ganglionnaires nettement arrondies et des stries bronchiques correspondant à la limite interne de la zone opaque.

Dans l'observation V (thèse de R. Monnier), l'image se confond également en dedans avec le médiastin, mais elle est plus arrondie, d'opacité toujours irrégulière notamment vers le hile (les auteurs interprètent ces irrégularités comme des images ganglionnaires ou comme des bronches épaissies). Mais elle ne reste pas la seule manifestation radiologique.

Quelques jours après l'espace clair médian est comblé à sa partie moyenne par une zone opaque qui refoule la trachée (vraisemblablement il s'agit d'une adénopathie trachéo-bronchique).

Puis à la suite d'une nouvelle recrudescence des signes pulmonaires, la base gauche apparaît obscure jusqu'à la partie moyenne du poumon.

On remarque en outre l'apparition au niveau de l'arc moyen d'une ombre arrondie très opaque et très saillante, difficile à distinguer de l'image cardio-vasculaire.

Dans l'observation VI (Garreton) l'ombre se rapproche par sa disposition de celle de l'observation II, occupant la partie moyenne du poumon, irrégulière également dans ses contours et dans son fond, trabéculaire dans sa partie médiastinale (bronches épaissies).

Signalons aussi cette bande sombre, doublant à droite l'ombre cardiaque, c'est la seule image de ce genre que nous ayons rencontrée.

Le traitement dans ce cas amena une régression à peu près totale des lésions.

Dans l'observation VII (Lindwall) l'ombre est arrondie mais avec des prolongements en éventail dans le parenchyme. On retrouve la même disposition dans l'observation X (Giuntali), où l'on a remarqué une ombre intense à contours flous avec des travées se continuant dans le parenchyme pulmonaire ; deux d'entre elles sont particulièrement visibles, l'une se dirigeant du hile vers l'aisselle, l'autre du hile vers la base ; celle-ci embroche une autre image ronde présentant les mêmes caractéristiques que la première. Après le traitement, il ne subsiste que quelques travées dans le coin inférieur du hile droit, et allant vers le diaphragme, mais leur intensité a diminué.

Pirera rapporte l'observation suivante : chez un sujet qui toussait et maigrissait, présentait des crachats hémoptoïques et chez qui on constatait des râles à la partie moyenne du poumon droit sans bacille de Koch à six examens. Alors que la réaction de Bordet-Wassermann était positive, l'examen radiologique montra une volumineuse zone opaque presque conique dans la partie centrale du poumon droit implantée par sa base vers le sternum, en regard du hile ; de cette ombre partent de fortes ramifications qui semblent suivre plus ou moins les premières ramifications bronchiques. Elles apparaissent sous la forme de cordons plus ou moins ramifiés, ayant une disposition rayonnante sur ce qui reste du champ pulmonaire, légèrement opaque lui-même. Sous l'influence du traitement les phénomènes cliniques et radiologiques s'atténuent. L'auteur fait remarquer que le traitement ne peut faire régresser des lésions déjà scléreuses.

Alessandrini a pu noter, dans une observation personnelle, une ombre intense qui se continuait sur la ligne médiane avec l'ombre cardio-vasculaire et se propageait dans le champ pulmonaire droit. La plage obscure, dont les contours étaient flous, n'était pas d'une opacité uniforme, on y distinguait des cordons à structure aréolaire.

Dans l'observation VIII (Merklen) on voit trois ombres ovoïdes, l'une en regard du hile, la deuxième près de la paroi externe, la troisième coiffant l'hémi-diaphragme ; leurs contours sont nets. On assiste à

une régression totale et rapide de ces ombres sous l'influence du traitement.

Dans tous les cas que nous venons de rapporter, la lésion était bien limitée, en rapport plus ou moins immédiat avec le hile, et siégeait au niveau du poumon droit (base et partie moyenne).

2° Dans l'observation XI (Fiorentini) il n'est plus question d'ombre limitée : le poumon droit est voilé et marbré au sommet ; la base droite présente une opacité intense et inégale. Les reproductions de deux radiographies, l'une prise avant le traitement, l'autre après, sont particulièrement nettes. Sur cette dernière, la base est complètement nettoyée et le sommet s'est éclairci.

La radiographie dans l'observation XII (Fiorentini) ne met en évidence qu'un foyer de condensation en regard de la région sus-hilaire gauche.

L'observation XIII (Howard) montre une image d'épanchement à la base droite (vérifiée à la nécropsie) masquant la lésion pulmonaire ou se confondant avec elle.

Howard rapporte encore le cas suivant : chez une femme syphilitique avérée (perforation de la cloison, réaction de Bordet-Wassermann très positive) présentant depuis quelques semaines une ulcération extensive du bras gauche et depuis quelque temps de la toux avec expectoration modérée, chez laquelle on constatait de l'obscurité respiratoire et des râles humides à la partie moyenne et inférieure de l'hémithorax droit, on trouva, à la radiographie, une ombre

remarquablement dense, s'étendant presque sur tout le poumon droit, dont une petite partie seulement, vers la base et la périphérie restant claire.

Les signes fonctionnels cédèrent en partie sous l'influence du traitement sans que les signes physiques et radiologiques fussent modifiés.

La malade mourut d'un érysypèle de la face. L'autopsie montra un poumon droit adhérent avec une surface tourmentée ; les lobes supérieur et inférieur, de couleur gris brun, ne crépitent pas ; le lobe moyen crépité quelque peu. Plusieurs coupes dans ce tissu montrèrent les détails suivants : Il y a de larges plages où le parenchyme pulmonaire a disparu et se trouve remplacé par un tissu connectif très infiltré de petites cellules rondes avec un noyau bien coloré et excentrique, et peu de protoplasma. On trouve spécialement ce tissu autour des vaisseaux et des bronches. Les parois vasculaires sont épaissies par une prolifération de toutes les tuniques, les lumières sont parfois oblitérées. Il existe une prolifération considérable du tissu fibreux autour des bronches. De temps à autre on trouve des alvéoles étouffés par le tissu ambiant. On fait le diagnostic de pneumonie interstitielle.

Tylecotte cite quelques cas semblables où il existe une opacité diffuse d'une partie du poumon, mais ses observations manquent de précision.

3° Les observations XIV, XV, XVI, XVII ont trait à des images cavitaires.

Dans l'observation XIV (Jacob) la base droite est

légèrement assombrie, couverte de petites taches fines presque confluentes ; une image cavitaire est découverte contre le bord droit de l'ombre cardiaque et paraît reliée au hile par une image bronchique.

Dans l'observation XV (Lubich) l'image cavitaire est également juxta-hilaire et le traitement la fit disparaître.

Dans l'observation XVI (Howard), les deux poumons et particulièrement la base droite sont criblés de taches avec quelques zones ressemblant à des cavernes : « X rays showed both lungs riddled with clear areas suggestive of vomicae ». Le traitement ne modifia que peu les lésions, mais la malade gagna trois livres.

Dans l'observation XVII (Howard), du même auteur, il existe une ombre dense occupant presque tout le poumon gauche (c'est un des rares cas où les lésions siègent à gauche) avec quelques zones claires.

4° L'observation XVII (Sergent et Benda) a trait aux gommes pulmonaires ; elle est extraite de l'article de Sergent et Benda sur cette question. Pour eux les gommes solitaires du poumon, suivant le moment de leur évolution, peuvent se traduire par des images radiologiques différentes :

a) Image arrondie, si la gomme est à la phase de début ;

b) Image cavitaire, si son contenu s'est partiellement évacué par une bronche ;

c) Image cicatricielle, nodulaire ou étoilée, si la gomme est guérie.

Selon Maragliano, les gommés pulmonaires apparaissent à l'écran, comme des ombres rondes, à limites bien nettes, rarement on observe le ramollissement de leur centre donnant alors l'image radiologique d'une caverne.

Nous croyons pouvoir résumer ces diverses constatations radiologiques de la façon suivante : le syphilome du poumon est souvent une découverte de la radiologie. Son siège le plus fréquent paraît être le poumon droit, à sa base ou à sa partie moyenne, et très souvent il présente des rapports étroits avec le hile.

Selon Pirera, les deux lobes inférieur et médian droit sont le siège habituel de la syphilis scléro-gommeuse ; mais celle-ci peut présenter également, quoique rarement, une localisation spéciale.

Selon Watkins, la syphilis pulmonaire, tout en commençant vers le hile, ne montrerait pas de préférence pour le côté droit.

Le syphilome pulmonaire peut se présenter à l'écran :

1° Soit comme une ombre circonscrite de forme vaguement arrondie, ovale ou triangulaire dont les contours sont flous, irréguliers, parfois polycycliques, dont l'opacité est souvent inégale, traversée parfois par des cordons plus opaques rayonnant à la périphérie de la zone sombre, ou contenant des images arrondies ou des taches plus foncées sans contours bien précis. Le plus souvent cette ombre a des rapports étroits avec le hile qui en constitue la base, ou bien

paraît appendue aux arborisations bronchiques et aux vaisseaux.

L'ombre est unique, le plus souvent ; plus rarement il existe plusieurs ombres (observation X (Giuntali), deux ombres ; observation VIII (Merklen), trois gros noyaux).

Selon Watkins, en effet, les lésions de la syphilis gommeuse suivent plus volontiers le parcours des vaisseaux et c'est pourquoi la lésion prend souvent l'aspect d'une pyramide à base hilare avec des irradiations à la partie externe et inférieure ayant la forme de pointes ou de lances ; c'est aussi l'opinion de Hesse pour qui le début se fait, le plus souvent, par la région du hile et procède par infiltration le long des bronches.

2° Ou bien la lésion peut être plus diffuse, occupant un sommet ou une base, et à ce niveau le parenchyme pulmonaire a une opacité souvent considérable. Dans certains cas, on peut voir au sein de ces images une ou plusieurs taches claires représentant des cavités.

3° Ou bien on peut avoir affaire à une image obronde de plus petite dimension. Il s'agit alors d'une gomme qui peut se présenter à diverses phases de son évolution (image ronde opaque, image cavitaire, image stellaire).

Dans certains cas on voit d'autres ombres apparaître se surajoutant à la lésion ou occupant une autre partie du champ pulmonaire (observations IV et V).

Le nettoyage radiologique apparaît en général plus tardivement que l'amélioration des signes fonctionnels. Le plus souvent l'ombre s'estompe d'abord, puis disparaît ; mais il peut persister des images anormales (nodules opaques, bronches épaissies) qui sont probablement des lésions scléreuses que le traitement n'a pas modifiées.

Dans d'autres cas il n'y a pas de modification des signes radiologiques ; il s'agit vraisemblablement de lésions trop anciennes. Ou encore la mort peut survenir, soit que le traitement ait été trop tardif, soit que les lésions fussent trop étendues soit pour une toute autre cause (autres manifestations syphilitiques, affection intercurrente).

Au terme de cette étude radiologique, une remarque s'impose : nous n'avons pas trouvé d'image pathognomonique du syphilome du poumon, autrement dit, l'examen radioscopique ne peut, à lui seul, suffire au diagnostic positif.

C'est bien là l'avis des auteurs qui ont écrit sur ce sujet.

Selon Pirera, Howard, Karshner, aucune disposition radiologique n'est spéciale à la syphilis pulmonaire. Watkins semble admettre le contraire et, se basant sur une statistique importante, fait valoir l'irrégularité des bords de l'ombre, ses relations avec le hile plus qu'avec l'arbre bronchique comme étant des signes spéciaux de la syphilis.

Calender donne, lui, comme signe particulier, la

netteté des contours de l'ombre alors qu'ils sont flous dans la tuberculose.

D'autres auteurs allèguent le siège basal (on connaît pourtant la relative fréquence des tuberculoses à siège basal, et il existe des cas de syphilis apicale), d'autres l'unilatéralité stricte des lésions ; cependant dans deux de nos observations on a pu voir apparaître des symptômes bilatéraux au cours de l'évolution de la maladie.

Covisa, Sato et Enterrias, à propos d'un cas personnel, prétendent que l'image radiologique que plusieurs auteurs ont décrite dans la syphilis pulmonaire, « image ayant le hile pour sommet et envahissant le champ pulmonaire sous forme de bandes en éventail », n'est nullement pathognomonique de cette affection.

Nous pouvons d'ailleurs imaginer pour chaque modalité d'image que donne la syphilis pulmonaire, une image similaire dans la tuberculose ou dans le cancer.

Les ombres parcourues d'images bronchiques ou parsemées de nodules plus opaques ne rappellent-elles pas celles que donneraient une poussée congestive récente sur une bacillose fibreuse ? ou celles d'un néoplasme bronchique ?

Les plages plus homogènes, à contours parfois polycycliques, appendus au hile, n'éveillent-elles pas en nous l'idée d'un lymphosarcome ou d'une maladie d'Hodgkin ? Les foyers de condensation ne rappellent-ils pas ceux d'un processus pneumonique ou broncho-pneumonique banal ?

Quant aux images cavitaires, elles font penser naturellement à la tuberculose, d'autant plus que le syphilome du poumon est une affection certainement très rare.

*
**

Y a-t-il concordance entre les renseignements fournis par la radiologie et les constatations anatomo-pathologiques lorsque l'autopsie a été pratiquée ?

Nous avons donné plusieurs comptes rendus nécropsiques, mais l'examen radiologique dans ces cas ne comporterait pas de précisions suffisantes pour que nous puissions comparer aux données de cet examen, les constatations anatomo-pathologiques s'y rapportant. Toutefois, il nous semble logique d'admettre que les lésions de la syphilis obéissent aux grandes lois de la radiologie pulmonaire : le tissu fibreux donne une opacité maximum d'autant plus intense qu'il est plus développé ; le tissu hépatisé une ombre déjà moins dense ; les pertes de substances ne se voient que si elles sont entourées d'un tissu fibreux.

La syphilis « aime les bronches et les vaisseaux », d'où la fréquence des ombres cordonniformes suivant les pédicules broncho-vasculaires, et expliquant les images en éventail rayonnant autour de la masse principale.

Nous pouvons faire remarquer que cette explication n'est pas la seule ; des bandes de sclérose rayonnantes n'ayant souvent pas la direction des bronches

peuvent s'observer l'observation de Lindwall et Tillegren est assez instructive sous ce rapport). La pachy-bronchite coexiste parfois avec la présence de bandes scléreuses.

Les gommes paraissent bien être responsables des nodules arrondis qui tachent le fond de l'ombre. Toutefois nous n'avons pas d'autopsie permettant d'étayer cette hypothèse qui nous semble cependant logique.

Dans l'observation de Lecaplain (observation II), ces nodules persistent après le traitement alors que le reste de l'ombre s'estompe : il s'agissait vraisemblablement de gommes plus ou moins sclérosées sur lesquelles le traitement n'était plus efficace.

Toutefois Watkins, dans son article sur les images radiographiques de la syphilis pulmonaire où il assure que les faits qu'il avance ont eu le contrôle de l'autopsie, dit :

« L'ombre des gommes est variable : ordinairement multiples elles ne sont pas confluentes ; leurs bords sont légèrement irréguliers ; quand elles sont caséifiées, leur ombre diminue de densité ; quand elles disparaissent, elles deviennent irrégulières dans leurs contours, montrent des projections punctiformes de tissu fibreux qui contractent le poumon et peuvent oblitérer les bronches. On peut concevoir que les gommes peuvent être si complètement capsulées, qu'elles restent nettes dans leurs contours et disparaissent sans séquelles pour le tissu pulmonaire avoisinant. »

Dans l'observation XII il existe un compte rendu nécropsique détaillé (amas scléro-gommeux à la base

du poumon droit) ; l'auteur ne signale pas de particularité dans l'opacité ni dans les contours de l'image, mais les lésions pleurales et l'épanchement ont masqué la lésion pulmonaire.

Quant aux images cavitaires, il est logique de les rapporter à des lésions ulcéreuses. Si Tripier et Bériel ont insisté sur la fréquence des dilatations bronchiques dans la syphilis pulmonaire, néanmoins l'observation de Cube est restée classique et nous pouvons admettre que dans ces cas, sans doute très rares, une gomme peut évacuer son contenu ramolli par les bronches ; il se constitue ainsi une cavité, et le milieu fibreux qui l'entoure la fait apparaître aux rayons X sous la forme d'une tache claire.

Cette éventualité est rendue plus rare encore, en raison de la densité souvent considérable du tissu fibreux dans lequel sont noyées de telles formations, et qui donne des ombres particulièrement opaques à la radioscopie.

Quant à l'ombre de fond, dans deux cas vérifiés à l'autopsie, elle traduisait un processus pneumonique (observation VII et observation de Howard citée plus haut), n'affectant pas de disposition lobaire, ce qui est la règle dans les pneumonies syphilitiques.

Quant aux lésions pleurales elles existent dans toutes les nécropsies rapportées.

Cette étude est sans doute très incomplète, mais elle montre tout au moins que le terme de « syphilome broncho-pulmonaire » que nous avons adopté et qui ne fait préjuger en rien de la nature exacte de la lésion, est préférable à toute appellation ; nous n'en-

tendons pas par là, en effet, une lésion pulmonaire syphilitique ayant des caractères anatomiques bien définis, mais plutôt une lésion sans doute assez complexe ayant une expression radiologique souvent assez particulière, susceptible d'attirer l'attention du clinicien.

CHAPITRE VI

Diagnostic et traitement

Diagnostic

Nous ne saurions trop insister sur les difficultés du diagnostic. Nous avons vu qu'il n'existait pas de signes physiques ni d'images radiologiques particulières à l'affection qui nous occupe. Simulant tantôt un cancer, tantôt un kyste, la syphilis pulmonaire simule plus souvent encore la tuberculose. Celle-ci est si fréquente qu'il est souvent difficile de l'éliminer d'une façon absolue dans tout processus pulmonaire chronique. Nous avons pu relever dans plusieurs observations, que les malades accusaient des antécédents bacillaires héréditaires, collatéraux et même personnels. S'agit-il de simples coïncidences ou bien la bacillose a-t-elle servi « de point d'appel » suivant l'expression habituelle ?

C'est pour ce motif que la découverte de stigmate de syphilis, la réaction de Wassermann positive, l'absence de bacille de Koch à des examens répétés, s'ils sont d'excellents arguments pour porter un diagnostic

de syphilis pulmonaire dans le cas qui nous occupe, ne permettent pas de l'affirmer d'une façon rigoureuse, vu la rareté des faits de ce genre.

M. Roubier estime que l'inoculation des crachats au cobaye est nécessaire. Le siège des lésions à la base ne constitue pas un argument contre la tuberculose, ni non plus un argument infaillible en faveur de la syphilis.

On peut avoir quelques présomptions en face d'une image arrondie ou ovalaire siégeant dans l'angle inféro-interne de l'hémithorax droit... Mais surtout l'influence du traitement nous paraît être un des meilleurs arguments en faveur de la nature syphilitique de la lésion.

Sans doute a-t-on pu dire que, dans le diagnostic clinique souvent si difficile de la syphilis pulmonaire, l'épreuve du traitement spécifique ne résolvait pas toujours le problème, car celui-ci était susceptible d'améliorer un tuberculeux atteint de syphilis.

Cette opinion soutenue par quelques auteurs n'est pas celle de M. Roubier : « Dans notre service d'affections respiratoires, à maintes reprises nous avons pu traiter par des injections mercurielles ou bismuthiques, des tuberculeux pulmonaires anciens syphilitiques, dans l'espoir d'améliorer leurs lésions bacillaires. Or, jamais nous n'avons observé d'amélioration manifeste, souvent même nous avons noté des aggravations. »

Mais dans le cas rapporté plus haut (observation I), le traitement, nous l'avons vu, eut un résultat absolument remarquable ; et chez ce malade tout concou-

rait à faire porter le diagnostic de syphilome : syphilis avouée, réaction de Wassermann positive, inoculation des crachats négative.

Dans tous les autres cas que nous avons rapportés, cette amélioration sous l'influence du traitement fut constatée, sinon aussi éclatante, du moins toujours nette, portant d'abord sur les signes fonctionnels et plus tardivement sur les images radiologiques.

Nous avons déjà fait remarquer que ce nettoyage radiologique est souvent incomplet ; c'est qu'alors il s'agissait de lésions déjà en grande partie scléreuses, et sur lesquelles le traitement est intervenu trop tard.

Traitement

Quel traitement spécifique faut-il instituer chez de tels malades ? Dans l'observation I, on fit un traitement conjugué (cyanure et néosalvarsan).

Si nous nous rapportons aux diverses observations, nous pouvons constater que toutes les médications spécifiques, sauf toutefois le bismuth, ont pu être employées. Faisons remarquer que le benzoate de mercure n'a provoqué aucune amélioration dans l'observation IV, et que l'iodure de potassium par voie buccale a déterminé une poussée bronchitique, sans amélioration de l'état pulmonaire dans l'observation II.

Les traitements combinés (néo-cyanure, néo-iodure, néo-cyano-iodure) sont ceux qui ont été administrés

le plus souvent. Le biiodure et le cyanure en injections ont parfois été employés seuls.

Comme toujours le choix du traitement sera une question de doigté de la part du clinicien, qui tiendra compte de l'état du foie, du rein, de son malade ; et quelquefois de l'existence d'autres déterminations syphilitiques, les gommes osseuses ou cutanées réclamant plus volontiers la médication iodurée, etc...

La lésion qui nous occupe étant, au point de vue anatomique, constituée par plusieurs processus fort différents, on conçoit que les traitements combinés puissent être préférables à une médication unique.

CONCLUSIONS

I. — Nous rapportons l'observation d'un malade chez lequel les données de la clinique et du laboratoire nous autorisent à porter le diagnostic de syphilome broncho-pulmonaire, diagnostic de grande probabilité sinon de certitude absolue en l'absence de constatations anatomiques.

Notre sujet, ancien syphilitique, présentait tous les symptômes fonctionnels et généraux de la tuberculose avancée, et chez lui, alors que l'auscultation restait à peu près négative, l'examen radioscopique fit découvrir, au niveau de la région hilare inférieure droite, une zone opaque assez étendue à contours vaguement arrondis, laquelle pouvait faire penser à un cancer du poumon.

Un traitement mercurio-arsénial intensif amena une véritable résurrection, les troubles fonctionnels et généraux s'amendèrent rapidement et complètement, comme dans les vieilles observations de phtisie vénérienne guérie par le traitement. Mais les modifications de l'image radioscopique furent plus lentes à se produire et n'aboutirent qu'à une régression partielle de la zone opaque, non à sa disparition complète.

II. — Dans ce cas, comme dans les observations analogues, le terme de « syphilome broncho-pulmonaire » nous paraît préférable à celui de gomme, parce qu'il a l'avantage, en l'absence de constatations anatomo-pathologiques, de ne préjuger en rien de la nature exacte des lésions qui peuvent être autant pneumoniques que véritablement nécrotiques.

III. — Dans les diverses observations que nous avons pu recueillir dans la littérature, le tableau clinique est des plus variables. Souvent le malade présente la symptomatologie fonctionnelle et l'aspect général du tuberculeux cachectique. Dans d'autres cas ce sont les signes de compression médiastinale qui sont au premier plan. Parfois la dyspnée très intense, accompagnée de cyanose, fait songer à la granulie.

Quant aux signes d'auscultation, ils n'ont rien de caractéristique, et peuvent même manquer, comme chez notre malade où le syphilome broncho-pulmonaire fut une découverte de la radioscopie.

IV. — Le syphilome pulmonaire paraît plus fréquent à droite. Son siège d'élection est la région hilare ou l'angle inféro-interne de l'hémithorax droit.

La forme de l'image est très variable, soit vaguement arrondie ou ovalaire, soit polycyclique, soit triangulaire à base médiastine. Son opacité est le plus souvent inégale, et elle est quelquefois traversée par des cordons plus opaques partant du hile pour s'irradier en éventail vers l'aisselle ou vers la coupole diaphragmatique. Dans certains cas on voit au sein

de cette image une ou plusieurs zones claires représentant des cavités.

Toujours l'image a des rapports étroits avec le hile qui en constitue la base, la lésion s'étendant ensuite par infiltration le long des pédicules broncho-vasculaires.

Si l'examen radiologique apporte parfois quelques présomptions en faveur du diagnostic de syphilis pulmonaire, il faut reconnaître qu'aucune des images radiologiques qui ont été décrites n'est pathognomonique. On ne saurait décrire un syndrome radiologique propre à la syphilis tertiaire du poumon.

V. — L'examen à l'écran, qui aura fait découvrir la lésion, permettra d'en suivre l'évolution sous l'influence du traitement spécifique, et d'assister soit à sa disparition complète, si elle est récente, soit seulement, et c'est le cas le plus fréquent, à sa rétrocession lente et partielle si elle est de date plus ancienne.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, PIC.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 29 Novembre 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- ALESSANDRINI. — Atti 3° Congresso Rad. Med., 1920.
- ALSILLAGA. — *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 29 février 1924.
- BAGNOLI. — *Rass. int. Clin. et Terapia*, 1924
- BENDA. — La bronchite chronique syphilitique. *Th.*, Paris, 1927. (Jouve, éditeur).
- BENSAUDE et EMERY. — Syphilome intra-thoracique (probablement broncho-pulmonaire) ayant simulé un cancer du médiastin. Examen radiologique avant et après le traitement par l'hectine et le salvarsan. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 24 janvier 1913, 24 janvier 1913, p. 137.
- BÉRIEL. — La Syphilis du poumon. 1909, Steinheil, éditeur.
- CALLENDER. — « Roentgenography in Pulmonary Tuberculosis ». *Journal Médical international*, 1915, p. 598-603.
- CANTIERI. — *Il Morgani*, n° 15, 1926.
- CECONI. — *La Clinica Moderna*, n°s 5, 6, 7, 8 et 29, 1902.
- COVISA, SATO et ENTERRIAS. — Syphilis pulmonaire. *Actas Derno-Sifiligraficas*, 4 janvier 1930, p. 518.
- COURCOUX et LELONG. — Les formes cliniques et le diagnostic de la syphilis pulmonaire chez l'adulte. *Journal Médical Français*, décembre 1922, p. 518.
- FAVRE. — La pachybronchite. *Lyon Médical*, 29 juillet 1928.
- FIorentini. — *Policlinico, Sezione Medica.*, nov. 1928.

- GARRETON, SILVA et O. SALAS. — Au sujet de la syphilis pulmonaire. *Revista Medica de Chili*, novembre 1929, p. 837.
- GOLDEN. — Syphilis of the lungs ; its radiographic findings and their pathologic basis. *American journal of Roengenology*, 1921, p. 502-510.
- HESSE. — Recherches sur le diagnostic des tumeurs intra-thoraciques 1912 (cité par Bensaulde et Emery).
- HOWARD. — *American journal of syphilis*, janvier 1924, p. 1-32.
- JACOB. — Quelques aspects cliniques et radiologiques de la syphilis pulmonaire. *Revue de Tuberculose*, 1923, p. 540.
- KARSHNER. — Syphilis of the lung. *Ann. Méd.*, 1920, p. 371-401.
- LECAPLAIN. — Deux cas de syphilose pulmonaire. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 16 juin 1932, p. 923. Syphilose pulmonaire. *Normandie Médicale*, 1^{er} janvier 1923.
- LINDWAL et TILGREN. — Recherches sur la syphilis pulmonaire et trachéo-bronchique. *Beitrag zu Klinik der Tuberculose*, 1912, p. 301.
- LUBICH. — Syphilis pulmonaire. *Rinascenza Medica*, 1^{er} juin 1929.
- MASSIA. — Le poumon syphilitique. *Thèse*, Lyon, 1911.
- MARAGLIANO. — Trattato di diagnostica radiologica, 1928.
- MLADEN. — Contribution à l'étude de la syphilis pleuro-pulmonaire scléro-gommeuse. *Thèse*, Paris, 1923.
- NARDUCCI. — *Acc. Med. di Padova*, 1916.
- PIRERA. — *Il Tomasi*, n^{os} 32-33, 1911.
- PONTANO. — Communicatione XXVI^e Congresso Medica intern., 1920.
- ROMMAND-MONNIER. — Les granules syphilitiques et les poussées aiguës cyanosantes de la syphilis pulmonaire. *Thèse*, Lyon, 1931.

ROUBIER. — Syphilome broncho-pulmonaire. Considérations cliniques et radiologiques. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 octobre 1931.

SERGENT. — Syphilis et Tuberculose. Masson, éditeur, 1907.

SERGENT et BENDA. — Les gommes syphilitiques du poumon et leur diagnostic radiologique. *Paris Médical*, 15 février 1930.

— Les formes bronchiques de la syphilis tertiaire du poumon. *Académie de Médecine*, 1^{er} mars 1927, p. 262.

TYLECOTTE. — *The lancet*, 24 septembre 1927.

WATKINS. — The X rays shadows of lung syphilis and syphilitic tuberculous symbiosis in the lungs. *Am. jour. Roentgenol*, 1921, p. 259-268.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
<i>Chapitre premier.</i> — Rappel anatomo-clinique	11
<i>Chapitre II.</i> — La syphilis pulmonaire et la radiologie	19
<i>Chapitre III.</i> — Observations	21
<i>Chapitre IV.</i> — Considérations cliniques.....	95
<i>Chapitre V.</i> — Etude radiologique	103
<i>Chapitre VI.</i> — Diagnostic et traitement.....	119
Conclusions	123
Bibliographie	127



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS-ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

24 00 00 00 LYON 00 00 00 00



